الركيزة ١

الصحة والرفاهية

الركيزة ١:
الصحة والرفاهيّة

نظرة عامة واعتبارات أساسية

حقَّقت المنطقة بأسرها تقدماً ملحوظاً في مجال تحسين مؤشرات الصحة العامة الأساسية، بما في ذلك خفض وفيات الأمومة والأطفال دون عمر الخامسة وتقليل عبء المرض عموماً. بالإضافة إلى ذلك، حلت الأمراض غير السارية محل اضطرابات التغذية والأمراض السارية كأسباب رئيسة لوفاة النساء وإعاقتهن. في جميع أنحاء المنطقة، لا تزال البيئات التي تحكمها الحالات الطارئة والنزاعات ذات تأثيرات صحية كبيرة في السكان، وبصورة غير متناسبة في النساء والفتيات.

على الرغم من التقدُّم الملحوظ المحرز وفقَ العديد من المؤشرات الصحية، أشار تقرير صادر في عام ٢٠٢٠ عن اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا (ESCWA)[١٤٣] حول حالة أهداف التنمية المستدامة في المنطقة العربية إلى أن مستويات الصحة والرفاهية لا تزال متفاوتة تفاوتاً كبيراً داخل البلدان وفيما بينها، إلى جانب تجزئة الخدمات الصحية ودفعها بالعرض في الغالب، هذا ويختلف الوصول إلى التغطية الصحية الشاملة على نطاق واسع داخل البلدان والفئات الاجتماعية وفيما بينها. لا تزال معظم النظم الصحية تركِّز تركيزاً كبيراً على الخدمات الصحية العلاجية بدلاً من الرعاية الأولية والوقائية، ولا تولي اهتماماً كبيراً بالمحدِّدات الاجتماعية للصحة.[١٤٤]وعلى هذا النحو، ثمة نقص عام في العناصر الأساسية للحق في الصحة وهي: ضمان التوافر وإمكانية الوصول والمقبولية والجودة.

وتشير الأدلة إلى أن النساء والفتيات في جميع أنحاء المنطقة يواجهن عقبات كبيرة تحول دون الحصول على خدمات الصحة العقلية والدعم النفسي والاجتماعي، والبرامج والمعلومات. وبينما يعاني الكثير من النساء في جميع أنحاء المنطقة من الاكتئاب والتوتر بمعدلات أعلى من الرجال، تحول وصمة العار الثقافية حول الصحة العقلية في أغلب الأحيان دون الحصول على الخدمات والعلاج الفعال على حد سواء. بالإضافة إلى ذلك، قد يشير عدم وجود تشريعات تخص الصحة العقلية في نصف البلدان داخل المنطقة إلى جانب عدم وجود سياسات وخطط وطنية في ٣٠ في المائة من البلدان إلى أن نسبة كبيرة من النساء على الأرجح لا تتمتع بخدمات الوقاية والاستجابة.[١٤٥] وبوجه عام، ثمة نقص في الدعم النفسي والاجتماعي في جميع أنحاء المنطقة[١٤٦] وقد تفاقم هذا الأمر واستفحل بسبب جائحة فيروس كورونا المستجد كوفيد ١٩.

إنَّ ضمان استيفاء الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية لجميع النساء والفتيات في المنطقة يحتاج إلى تحدي الأعراف والممارسات المتأصلة في المجتمع ومواجهتها. إنَّ العوائق التي تحول دون الحصول على الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية مترسخة في القوانين والسياسات والاقتصاد في جميع أنحاء العالم، وهذه الحواجز تقيِّد وصول النساء والفتيات إلى المعرفة والخدمات التي تسهم في حياة صحية ومنصِفة للنساء والفتيات في جميع مراحل دورة حياتهن. يتوقف تأمين الرّعاية الصّحية الجنسية والإنجابية الكافية والمناسبة لجميع النساء والفتيات اليافعات على إدراك الحقوق الإنجابية، التي يتم تجاهلها في

---

[١٤٣] اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا، "تقرير عام ٢٠٢٠ حول التنمية المستدامة العربية (Arab Sustainable Development Report ٢٠٢٠)"، عام ٢٠٢٠.

[١٤٤] المرجع نفسه

[١٤٥] كاترينا دالاكورا، "الهيكل الإقليمي في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا: إعداد خرائط التغييرات الجغرافية السياسية، والنظام الإقليمي والتحوُّلات المحلية، والمرأة والنوع الاجتماعي في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا: إعداد خرائط الميدان ومعالجة المعضلات السياسية في مرحلة ما بعد عام ٢٠١١ (Middle East and North Africa Regional Architecture: Mapping Geopolitical Shifts, Regional order and Domestic Transformations, Women and Gender in the Middle East and North Africa: Mapping the Field and Addressing Policy Dilemmas at the post-٢٠١١ Juncture)"، عام ٢٠١٩.

[١٤٦] هيئة الأمم المتحدة للمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة، "المساءلة عن العنف الجنسي في النزاعات: تحديد الفجوات نظرياً وممارسة الولايات القضائية الوطنية في المنطقة العربية (Accountability for Sexual Violence in Conflict: Identifying Gaps in Theory and Practice of National Jurisdictions in the Arab Region)"، عام ٢٠١٨.

الغالب.[١٤٧] على الرغم من أنَّ هذه العوائق لا تقتصر على المنطقة، وإنما توجد في جميع أنحاء العالم، فإنَّ منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ومنطقة الدول العربية تمثِّل بيئة عمل شديدة الصعوبة على وجه التحديد؛ لأنَّ الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية من الموضوعات الحسَّاسة ثقافياً في المنطقة، وخاصة داخل سياق النزاعات الجارية والهشاشة. فعلى سبيل المثال، يؤدي الامتناع عن تدريس الجنس إلى اعتماد الشباب في أغلب الأحيان على الإنترنت أو الأقران للحصول على المعلومات، وقد تكون هذه المعلومات غير دقيقة. بالإضافة إلى ذلك، يعني الاتجاه السائد بين المجتمعات المحافظة اجتماعياً في المنطقة، المتمثِّل في عدم التفكير في الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية إلا في سياق الزواج، أنَّ اليافعين/اليافعات والرجال والنساء يواجهون عوائق اجتماعية عند إثارة المشكلات ذات الصلة بصحتهن وحقوقهن الجنسية والإنجابية مع مقدِّمي الرّعاية الصّحية.[١٤٨] علاوة على ذلك، لا تزال البيانات والأدلة المتعلقة بصحة اليافعين على وجه الخصوص تمثل ثغرة في جميع أنحاء المنطقة.

ولكن تُظهر المنطقة عموماً عدم وجود نهج مستندٍ إلى الحقوق تجاه الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، بالرغم من الالتزامات والجهود المبذولة للامتثال لمجموعة الأدوات العالمية المذكورة أعلاه. لا تزال بلدان المنطقة تواجه تحديات في منح الجميع حق الحصول على الرّعاية الصّحية الجنسية والإنجابية، من دون تمييز عنصري على أساس الجنس أو الجنسية أو حالة النزوح أو الحالة الاجتماعية. لا تُدمج الخدمات المتعلقة بصحة الأم، وتنظيم الأسرة، والوقاية من العدوى المنقولة جنسياً وفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز والحصول على العلاج المناسب لها، بالكامل في الرّعاية الصّحية الأولية. تختلف إمكانية الوصول والجودة باختلاف البلدان، وفيما بين الطبقات الاجتماعية، ومن المناطق الحضرية إلى الريفية. تحول العوائق الثقافية بشكل ملحوظ دون اتخاذ النساء والأزواج قراراتهم ذات الصلة بصحتهم الجنسية والإنجابية بكل حرية ومسؤولية، بما في ذلك تنظيم الأسرة.[١٤٩]

وبالمثل، ومثلما ناقشنا أدناه، لا تعكس الأطر القانونية نهجاً مستنداً إلى الحقوق يعزز الخيارات الفردية المستنيرة، إلى جانب أنها تنص في الغالب على استثناءات تبدأ من العمر القانوني وحتى الزواج، وهذا يجبر الفتيات الصغيرات على الزواج والحمل المبكر والإجهاض القسري في بعض الأحيان.

ثمَّة بُعد جنساني معيَّن للأمن الغذائي والتغذية مدعوم على نطاق واسع بالأبحاث والبيانات الراسخة. فالنساء والفتيات المستضعفات أكثر عرضة لخطر سوء التغذية مقارنة بالرجال في جميع أنحاء العالم؛ حيث يموت عدد أكبر من الفتيات بسبب سوء التغذية مقارنة بالفتيان.[١٥٠]

يؤثر انعدام الأمن الغذائي في النساء والفتيات في جميع الأعمار. أثناء الحمل، تصبح النساء التي تعاني من انعدام الأمن الغذائي أكثر عرضة للإصابة بفقر الدم الناجم عن نقص الحديد والقلق والاكتئاب وزيادة الوزن؛ وقد يؤثر انعدام الأمن الغذائي بين الأطفال تأثيراً سلبياً في النمو الجسدي والعقلي والمعرفي على المدى الطويل؛ ويصبح الراشدون الذين يعانون من انعدام الأمن الغذائي أكثر عرضة للإصابة بداء السكري وارتفاع ضغط الدم وفرط التوتر.[١٥١]

إن العبء الثلاثي لسوء التغذية المتمثل في نقص التغذية وزيادة الوزن أو السمنة ونقص المغذيات الدقيقة يظهر بوضوح بين النساء والفتيات في المنطقة؛ حيث توجد معدلات عالية من السمنة جنباً إلى جنب مع نقص التغذية الحاد والمزمن على حد سواء، ولا سيما في البلدان المتضررة من أزمات طال أمدها، مثل: اليمن وسوريا. يصبح معدل نقص التغذية مرتفعاً بشكل خاص في البلدان المتضررة من النزاعات. حيث أشارت دراسة أجريت في عام ٢٠١٩ حول التفاوت بين الجنسين في الاستهلاك الغذائي إلى أن منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ومنطقة الدول العربية تتميز بوجود فجوة ملحوظة بين الجنسين تضر بالنساء. وأشارت أيضاً إلى أن المنطقة شهدت زيادة كبيرة في انتشار الأمراض غير السارية المتعلقة بالسمنة والتغذية؛ حيث بلغ انتشار السمنة وداء السكري أعلى معدلاته في العالم.[١٥٢]

---

[١٤٧] آن إم ستاررس وآخرون، "ارتفاع وتيرة التقدُّم المحرز – الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية للجميع: تقرير لجنة غوتماخر ولانست (Lancet Commission-nd rights for all: report of the Guttmachersexual and reproductive health a –Accelerate progress)"، عام ٢٠١٨.

[١٤٨] اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا، "تقرير عام ٢٠٢٠ حول التنمية المستدامة العربية (Arab Sustainable Development Report ٢٠٢٠)"، عام ٢٠٢٠.

[١٤٩] المرجع نفسه

[١٥٠] منظمة الأغذية والزراعة، "النوع الاجتماعي والتغذية (Gender and Nutrition)"، بلا تاريخ.

[١٥١] اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا، "الآفاق العربية في عام ٢٠٣٠: التوقعات المتعلقة بتحسين الأمن الغذائي في المنطقة العربية (Arab Horizon ٢٠٣٠: Prospects for Enhancing Food Security in the Arab Region)"، عام ٢٠١٧.

[١٥٢] عباسي ومحمد مهدي وآخرون، أوجه عدم المساواة بين الجنسين في جودة النظام الغذائي ونمطها الاجتماعي الاقتصادي في سياق التحول الغذائي في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا: دراسة مقطعية أُجريت في تونس، مجلة Nutrition Journal ١٨:١٨، عام ٢٠١٩.

لم تتحقَّق المساواة في الحصول على خدمات المياه والصرف الصحي والنظافة الآمنة في المنطقة. تقل احتمالية وصول النساء اللواتي يعشن في أسر فقيرة إلى أماكن نظيفة وآمنة لإدارة النظافة الشخصية أثناء الدورة الشهرية (MHM) أو غيرها من مرافق الصرف الصحي التي توفر معايير الأمن والنظافة المناسبة للحفاظ على احتياجات النساء الفريدة ذات الصلة بالخصوصية والكرامة. علاوة على ذلك، قد يؤدي عدم وصول النساء والفتيات إلى خدمات المياه والصرف الصحي والنظافة في المدارس إلى فقدان فرصة الذهاب إلى المدرسة أو تركها تماماً. تتفاقم هذه المشكلات المتعلقة بالوصول إلى الخدمات في البلدان شديدة الفقر و/أو المتضررة من النزاعات، وبشكل عام ثمَّة فجوات في الوصول إلى الخدمات بين المجتمعات الريفية والحضرية في جميع أنحاء المنطقة. بالإضافة إلى ذلك، نظراً إلى افتقار المواقع التي توجد فيها منازل الأسر أيضاً إلى مصادر مناسبة لمياه الشرب في الغالب، فإن الأعراف الثقافية في جميع أنحاء المنطقة التي تكلف النساء والفتيات بتحمل مسؤولية جمع المياه لأسرِهِن يمكن أن تتضمن المشي لمسافات طويلة قد تعرِّضهن لمخاطر ذات صلة بالحماية والأمن. كان

وأثناء حالات الأزمات، تستفحل معضلة انعدام الأمن المائي القائم على النوع الاجتماعي، خاصة بالنسبة إلى النساء والفتيات اللاجئات أو النازحات اللواتي تواجهن عقبات كبيرة تحول دون الحصول على الخدمات الأساسية اللازمة لصحة أسرِهِن ورفاهيتها. بالإضافة إلى الوصول إلى الخدمات الأساسية، تواجه الأسر التي تعولها النساء أعباءً مالية تحد من قدرتها على شراء المياه. ترتبط حقوق المياه في بعض البلدان بحقوق ملكية الأراضي، التي تقيِّد في بعض الحالات وصول النساء.[١٥٣]

من الآن فصاعداً، تتضمن الاعتبارات الأساسية ما يأتي:

- الاستمرار في تبني نهج قائم على الحقوق يرتكز على الأشخاص فيما يتعلق بالصحة والتركيز على العناصر الأساسية الأربعة للحق في الصحة، وهي: التوافر وإمكانية الوصول والمقبولية والجودة. يتضمن هذا الأمر التأكُّد من اتباع نهج قائم على النوع الاجتماعي للخدمات والسياسات الصحية وارتفاع الاستثمارات ذات الصلة في مجال الصحة.

- التأكُّد من توفير طرود المزايا المتكاملة التي تُقدِّم الخدمات، بما في ذلك مجموعة الرعاية الكاملة في جميع الأعمار مع التركيز على صحة الأم، وتنظيم الأسرة، والوقاية من العدوى المنقولة جنسياً والعلاج منها، والخدمات ذات الصلة بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز والعنف القائم على النوع الاجتماعي، وتعزيز التنسيق المشترك بين القطاعات لتحسين الكفاءة، بما في ذلك الدعوة إلى التثقيف الجنسي الشامل في التعليم – في البيئات الرسمية وغير الرسمية. ضمان أن توفير الخدمات يتضمن أبعاد التغطية الصحية الشاملة من حيث تحسين إمكانية الحصول على الخدمات مع التركيز على الوصول في المناطق الريفية والنُهج المبتكرة المتعلقة بالتطبيب عن بُعد، ونطاق الرعاية وجودتها، وتأمين المساواة في الحصول على المعلومات الصحية، بالإضافة إلى توفير الحماية المالية لتلك الفئات الأكثر هشاشة، بما في ذلك النساء والفتيات.

- معالجة التفاوتات الصحية وحالات عدم المساواة من خلال التعامل مع المحدِّدات الاجتماعية للصحة والتركيز على نهج "المجتمع بأسره" الذي يضمن مشاركة النساء في عملية صنع القرارات فيما يتعلق بتوفير الخدمات الصحية والمساءلة.

- التأكُّد من توفير الخدمات الأساسية للسكان الأكثر هشاشة، بما في ذلك النساء والفتيات في البلدان الضعيفة في المنطقة، وأولئك السكان الذين يعيشون في بيئات إنسانية معقَّدة، بما في ذلك الحفاظ على هذه الخدمات بالرغم من التأهب والاستجابة الحاليَين لفيروس كورونا المستجد كوفيد ١٩.

- معالجة البيانات غير الكافية حول صحة اليافعين وتغذيتهم من خلال تحديد المؤشرات الصحية الأساسية وتخصيص الموارد الكافية لسد الفجوات البحثية الكمية والنوعية ذات الصلة، وتحسين إدارة البيانات الفعالة مع التركيز على التصنيف حسب الجنس والعمر.

---

[١٥٣] الأمم المتحدة، "المرأة والأمن المائي وبناء السلام في المنطقة العربية (Women, Water Security, and Peacebuilding in the Arab Region)"، موجز للسياسة، عام ٢٠١٨.

- معالجة الارتفاع الكبير في الأمراض غير السارية من خلال التأكُّد من إجراء الأبحاث وتنفيذ السياسات التي تراعي النوع الاجتماعي بالإضافة إلى الوصول الكافي إلى مرافق التدريب.

- النهوض بالتشريعات والسياسات ذات الصلة بالصحة العقلية، وتوسيع نطاق الوصول إلى الخدمات الطبية وخدمات الصحة العقلية وخدمات الدعم النفسي الاجتماعي المتوافرة، وجودتها، بما في ذلك التصدي للعنف ضد النساء والفتيات، وخاصة أولئك المتأثرات بحالات الطوارئ، بما في ذلك جائحة فيروس كورونا المستجد كوفيد ١٩.

- إنشاء نظم صحية تراعي النوع الاجتماعي واليافعين، بما في ذلك نظم الرّعاية الصّحية الأولية، لتوفير خدمات صحية ذات جودة وغير تمييزية ومتكاملة ومناسبة للشباب مع وجود قوى عاملة معنية باليافعين والنوع الاجتماعي.

- معالجة العوائق الاجتماعية والاقتصادية الموجودة في طريق تحقيق الأمن الغذائي والتغذية للنساء من خلال ضمان المساواة في استحقاقاتهن، والوصول إلى الأصول والموارد والخدمات (المالية وغير المالية) والتحكم فيها، وتحسين حصولهن على فرص التوظيف اللائقة وفرص سبل العيش والحماية الاجتماعية. ينبغي إيلاء اهتمام خاص لدعم النساء والفتيات في المناطق المتضررة من النزاعات، واللاجئات والنازحات.

- تحسين وصول المرأة الريفية إلى الأصول الزراعية (الأراضي تحديداً) والسيطرة عليها، وتسهيل تعرُّضهن للممارسات والتكنولوجيات الزراعية التي تراعي التغذية واستيعابها من خلال برامج بناء القدرات المستهدفة والتي يسهل الوصول إليها.

- تخصيص الموارد الكافية لتبني نُهج تحويلية قائمة على النوع الاجتماعي في السياسات والبرامج المتعلقة بالأمن الغذائي والتغذية، بما في ذلك بناء قدرات أصحاب المصلحة في التحليل وإعداد البرامج الجنسانية، لمعالجة الأعراف الاجتماعية والأدوار الجنسانية التمييزية التي تحد من سيطرة النساء على الدخل والأصول وسلطتهن في عملية صنع القرارات داخل الأسر والمجتمعات.

- التأكُّد من تصنيف البيانات الواردة بشأن الجوع وسوء التغذية حسب الجنس والعمر، وتوفير الدعم اللازم للإستراتيجيات والبرامج الإقليمية والوطنية من خلال التحليلات متعددة الجوانب القائمة على النوع الاجتماعي والجنس. ينبغي تنفيذ ذلك بطريقة تستكشف الديناميات الموجودة ضمن الأسرة المعيشية وأدوارها في الأمن الغذائي والتغذية، وتتصدى للجوع وسوء التغذية من خلال نهج دورة الحياة.

- إشراك النساء والرجال والفتيات والفتيان من خلال مبادرات التواصل بشأن التغيير الاجتماعي والسلوكي التي تسعى إلى إشراك جميع الفئات على نحو منصف عبر الاستفادة من النُّهج التحويلية القائمة على النوع الاجتماعي التي تغيّر الأدوار الجنسانية النمطية المرتبطة بالأمن الغذائي والتغذية، وتقر بإسهامات النساء والفتيات الثمينة في مجالات الأمن الغذائي والإنتاج الغذائي والتحضير والتوزيع.

- معالجة تأثيرات تغيُّر المناخ الهائلة في الأمن الغذائي وصمود النساء والفتيات وتعزيز المساواة بين الجنسين والصمود أمام المناخ فيما يتعلق بالتدخلات ذات الصلة بتطوير النظم الغذائية.

- السعي إلى المساواة في الحصول على خدمات المياه والصرف الصحي والنظافة الآمنة، وخاصة في البيئات الريفية والمتضررة من النزاعات/المتأثرة بحالات الطوارئ مع التأكُّد من وجود ما يكفي من الموارد اللازمة للتنفيذ الفعَّال.

- معالجة تأثير تغيُّر المناخ المرتبط بالنوع الاجتماعي من خلال خطط التكيف الوطنية التي تراعي النوع الاجتماعي والتي تعتمد على الأدلة ذات الصلة وتشرك النساء والفتيات في عملية التنمية، وتحافظ على الخدمات الصحية والتعليمية، وتؤمن الفرص الاقتصادية والتمكينية للنساء والفتيات في قطاع برنامج المياه والصرف الصحي والنظافة العامة.

- تعزيز الإلمام بالأمور الصحية والتغذية والتعليم بشأن برنامج المياه والصرف الصحي والنظافة العامة لتحسين الحالة التغذوية للنساء والفتيات والأسر والمجتمعات، من خلال التأكُّد من استهداف البرامج والمبادرات الآباء والأمهات بشكل متساو

تحليل واقعي للأوضاع التي تعيشها النساء والفتيات في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا ومنطقة الدول العربية: الركيزة (١): الرسائل والاعتبارات الأساسية المتعلقة بالصحة والرفاهية

نظرة عامة

حققت المنطقة تقدماً ملحوظاً في تحسين المؤشرات الصحية العامة الأساسية، ويُجري اتخاذ خطوات كبيرة لمواءمة الأولويات الوطنية مع أجندة أهداف التنمية المستدامة (SDGs)، غير أن حالات الطوارئ وأوضاع الصراع لا تزال تؤثر تأثيراً صحياً كبيراً على السكان وتؤدي إلى تشتيت التقدم وتراجعه. كما تعد الصراعات هي أيضاً الدوافع الرئيسية لانعدام الأمن الغذائي وسوء التغذية داخل المنطقة. وقد حلت الأمراض غير السارية محل اضطرابات التغذية والأمراض السارية كأسباب رئيسية لوفاة النساء واعاقتهن. وقد حققت المنطقة تقدماً ملحوظاً في تحسين المؤشرات الصحية العامة الأساسية، بما في ذلك خفض وفيات الأمهات والأطفال دون سن الخامسة وتقليل أعباء الأمراض وزيادة العمر المتوقع. وقد وصلت ١٤ من البلدان الـ ٢١ إلى مؤشر أهداف التنمية المستدامة المتمثل في خفض وفيات الأمهات إلى أقل من ٧٠ لكل ١٠٠,٠٠٠ وقد وزاد العمر المتوقع للإناث عند الولادة في جميع البلدان (من متوسط ٦٨ سنة في عام ١٩٩٥ إلى متوسط ٧١,٣١ سنة في عام ٢٠١٩). ومع ذلك، ظل معدل السودان وجيبوتي واليمن أعلى من التقديرات العالمية لوفاة الأطفال دون سن الخامسة.

الاستمرار في تبني نهج قائم على الحقوق يرتكز على الأشخاص فيما يتعلق بالصحة والتركيز على العناصر الأساسية الأربعة للحق في الصحة، وهي: التوافر وإمكانية الوصول والمقبولية والجودة.

ثغرات السياسة العامة

وقد أُعتمد الحق في الصحة في القوانين المحلية أو الدستورية في معظم بلدان المنطقة، وأجرت الحكومات في جميع أنحاء المنطقة تغييرات مؤسسية وبدأت في تنسيق الأولويات الوطنية بما يتوافق مع أهداف التنمية المستدامة، بما في ذلك إجراء الاستعراضات الوطنية الطوعية. ويوجد هناك نقص في تشريعات الصحة العقلية المكرسة في ٥٠٪ من بلدان المنطقة، ونقص في السياسات والخطط الوطنية في ٣٠٪ من البلدان، وهو ما يشير إلى أن نسبة كبيرة من النساء من المرجح أن يُتركن دون خدمات الوقاية والاستجابة. ويتوقف تأمين الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الملائمة لكل امرأة وفتاة مراهقة على إعمال الحقوق الإنجابية التي كثيراً ما يتم إغفالها. وتوجد عوائق أمام حقوق الصحة الجنسية والانجابية في القوانين والسياسات، بما في ذلك القوانين المتعلقة ببيع أو شراء أو تيسير وسائل منع الحمل والقوانين المتعلقة بزواج الأطفال وممارسات تشويه الأعضاء التناسلية للإناث. وعلى الرغم من قيام جميع بلدان المنطقة بالتوقيع على اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، فإن تطبيق وتنفيذ هذا الصك محدود للغاية.

معالجة التفاوتات الصحية وحالات عدم المساواة من خلال التعامل مع المحددات الاجتماعية للصحة والتركيز على نهج "المجتمع بأسره" الذي يضمن مشاركة النساء في عملية صنع القرارات فيما يتعلق بتوفير الخدمات الصحية والمساءلة.

عوائق النظام

ولا تزال الخدمات الصحية مجزأة وغالباً ما تكون مدفوعة بالعرض؛ ولا تزال معظم النظم الصحية تركز إلى حد كبير على الخدمات الصحية العلاجية بدلاً من الرعاية الأولية والوقائية ولا تولي سوى اهتماماً ضئيلاً للعوامل الاجتماعية المحددة التي توثر على الصحة. وفي حين تم تحقيق تقدم فيما يتعلق ببرامج الأمومة الآمنة، فإن عدم التكامل بين صحة الأم وصحة المواليد الجدد لا يزال يشكل تحدياً رئيسياً، كما أن الخدمات المتعلقة بصحة الأم وتنظيم الأسرة الصحية والوقاية من الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي وفيروس نقص المناعة البشرية "الإيدز" وعلاجها لا تُدمج بشكل كامل في الرعاية الصحية الأولية. وتعتبر قضايا الموارد البشرية والإمدادات والشُعب بين القطاعين العام والخاص وإضفاء الطابع العمودي على البرامج الصحية والافتقار إلى التغطية الصحية الشاملة من العوائق الرئيسية أمام حقوق الصحة الجنسية والانجابية في المنطقة. وتتميز المنطقة أيضاً بمحدودية الوصول إلى خدمات الصحة النفسية والعقلية وعدم كفاية العلاج المضاد للفيروسات العكسية (والتي تصل إلى ٣٨٪ من المحتاجين)، وتدني أولوية فحص أمراض السرطان في الخلايا التناسلية التي تُمارس على نطاق محدود في القطاع العام.

ضمان أن توفير الخدمات يتضمن أبعاد التغطية الصحية الشاملة من حيث تحسين إمكانية الحصول على الخدمات مع التركيز على الوصول في المناطق الريفية والتهيج المبتكرة المتعلقة بالتطبيب عن بعد، ونطاق الرعاية وجودتها، وتأمين المساواة في الحصول على المعلومات الصحية، بالإضافة إلى توفير الحماية المالية لتلك الفئات الأكثر هشاشة، بما في ذلك النساء والفتيات.

الأعراف

ليس هناك سوى القليل من البيانات المتسقة والقوية بشأن مسألة الأعراف والممارسات المتعلقة بقرارات الرعاية الصحية والمعلومات والوصول إلى الخدمات داخل المنطقة. بيد أن البيانات الواردة من بعض البلدان تشير إلى مستويات محدودة من الاستقلال الذاتي في القرارات المتعلقة بصحة النساء والفتيات (يوجد ما بين ٩,٤٪ و ٤٠٪ من القرارات المتعلقة بصحة المرأة التي تتخذها بنفسها). فالوصم والتمييز يحدان من إمكانية الحصول على الخدمات المتعلقة بمسائل الصحة العقلية واختبار فيروس نقص المناعة البشرية والاحتياجات الصحية أثناء الحيض والاستفادة منها. ولا تزال المعرفة بالوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية منخفضة للغاية مع وجود تباين ملحوظ بين الذكور والإناث. وتؤثر الأعراف الاجتماعية والثقافية التمييزية على سيطرة المرأة على الأصول والموارد، فضلاً عن سلطتها في صنع القرار داخل الأسر والمجتمعات المحلية والمؤسسات، مما يشمل تمكينها الاجتماعي والاقتصادي وأمنها الغذائي وتغذيتها.

انشاء نظم صحية تراعي النوع الاجتماعي واليافعين، لتوفير خدمات صحية ذات جودة وغير تمييزية ومتكاملة ومناسبة للشباب مع وجود قوة عاملة معنية باليافعين والنوع الاجتماعي.

عدم المساواة في فرص الحصول

تتاح لـ ٥٣٪ من سكان المنطقة إمكانية الحصول على الخدمات الصحية الأساسية دون التغطية العالمية (المرجحة حسب السكان) البالغة ٦٤٪. ويعد الوصول إلى الصحة غير عادل بشكل خاص بالنسبة للنساء الريفيات والنساء التي تعيش في مناطق النزاع والمتأثرات بحالات الطوارئ، وكذلك الأشخاص ذوي الإعاقة (حيث يوجد ٥٠٪ منهم لا يستطيعون تحمل تكاليف الرعاية الصحية). ومن بين المعايير الأساسية التي تؤثر على الوصول إلى مرافق الرعاية الصحية والاستفادة منها مسافات السفر الطويلة والافتقار إلى مقدمي الخدمات الصحية من الإناث والشواغل المتعلقة بدخول مرافق الرعاية الصحية وحدها. وفي جميع أنحاء المنطقة، لا يزال وصول الشباب، ولا سيما الشباب غير المتزوجين، إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية محدوداً. ويُشكل الافتقار إلى الموارد المالية عائقاً رئيسياً آخر، حيث لا يغطي التأمين الصحي العام إلا ما بين ٣٠ و ٤٠٪ من السكان؛ وتكون النساء اللاتي من الخُمس الأكثر ثراءً واللاتي هم ما بين ٤٦٪ و٦٢٪ هم أكثر عرضة للولادة في مرفق صحي من النساء اللاتي من الخمس الأفقر.

التأكد من توفير الخدمات الأساسية للسكان الأكثر هشاشة، بما في ذلك النساء والفتيات في البلدان الضعيفة في المنطقة، وأولئك السكان الذين يعيشون في بيئات إنسانية معقدة، بما في ذلك الحفاظ على هذه الخدمات بالرغم من التأهب والاستجابة الحاليين الفيروس كورونا المستجد كوفيد ١٩.

الصحة العقلية

شهدت المنطقة زيادة مطردة في اضطرابات الصحة العقلية. وشعرت ٣٣٪ من النساب النساء في المنطقة بالتشديد إلى درجة أن "كل شيء يبدو وكأنه مشكلة في كثير من الأحيان أو في معظم الأحيان، وأن اضطرابات القلق والاكتئاب منتشرة بشكل كبير بين الفتيات من سن ١٠ إلى ١٩ سنة. وأظهرت الشابات التي تعيش في المناطق المتأثرة بالأزمات في المنطقة انتشارًا أعلى لمشاكل الصحة العقلية مقارنة بالذكور، وكان معدل احتمال الإبلاغ عن الضيق النفسي لدى الرجال واللاجئين ذوي الاعاقة أكثر من احتمال الإبلاغ عن الضيق النفسي لدى اللاجئين الذين لا يعانون من الإعاقة. وأدى وباء فيروس كورونا المستجد (كوفيد ١٩) إلى ظهور ضغوط إضافية في مجال الصحة العقلية (وما يقترن بها من ضغوط على الخدمات) في جميع البلدان. وتعد خدمات الصحة العقلية محدودة للغاية داخل المنطقة مع التفاوت داخل المناطق في الموارد البشرية المخصصة وعدد مستشفيات الأمراض العقلية (لكل ١٠٠٠٠٠٠ من السكان) أعلى من المتوسط العالمي في ثلاث دول فقط. وتواجه النساء والفتيات عقبات كبيرة في الحصول على الخدمات والبرمجة والمعلومات. وتتبع ما يقرب من ٧٠٪ من الملاجئ التي تديرها المنظمات غير الحكومية في المنطقة الممارسة المتمثلة في عدم استيعاب احتياجات النساء اللائي يعانين من قضايا الصحة العقلية والوصمة الثقافية حول الصحة العقلية والتي كثيراً ما تمنع كل من هؤلاء النساء من الحصول على الخدمات والعلاج الفعال.

النهوض بالتشريعات والسياسات المتعلقة بالصحة العقلية وتوسيع نطاق الوصول إلى الخدمات الطبية والعقلية وخدمات الدعم النفسي - الاجتماعي المتوفرة وجودتها، بما في ذلك التصدي للعنف ضد النساء والفتيات.

التقدم المحرز في مجال الصحة الجنسية والإنجابية

يفوق متوسط انخفاض معدلات وفيات الأمهات على متوسط المعدل العالمي؛ حيث انخفض من ٢٣٨ (عام ٢٠٠٠) إلى ١٥٦ (عام ٢٠١٥) لكل ١٠٠٠٠٠ مولود حي، مقارنة بالمتوسط العالمي البالغ ٢١٦، ولم تصل المنطقة بعد إلى الهدف المتمثل في خطر وفاة الأمهات بين سن ١٥ وما فوق بالإضافة إلى الإناث مدى الحياة. وقد وصلت ١٣ بلدة من أصل ٢١ بلدة إلى ما يقل عن ٩٠٪ من مستويات الرعاية المتخصصة لدى الولادة (أبلغت اليمن والصومال عن مستويات أقل من ٧٥٪)، وأفاد ما يقرب من ٧٨٪ من النساء المتزوجات على الإطلاق اللاتي تتراوح أعمارهن ما بين ١٥ و٤٩ عاماً أن احتياجاتهن الإنجابية لتنظيم الأسرة راضية عن الأساليب الحديثة. وتعد الرعاية السابقة للولادة أقل في المناطق الريفية والفقيرة؛ ويقدر أن ٦٥٪ من النساء يتلقين الرعاية بعد الولادة. غير أن النساء في المناطق المماثلة في المناطق دون الاقليمية لأقل البلدان نمواً لا يتلقين على الأرجح أي رعاية بعد الولادة على الاطلاق. ويعد الإجهاض، ولا سيما الإجهاض غير المأمون، هو موضوع مهمل في مجال الصحة العامة على الرغم من أن حالتين من كل خمس حالات من الحمل غير المخطط له ينتهي أمره بالإجهاض. وتتيح قطر وتونس التثقيف الجنسي الشامل في المدارس حيث تتيح بلدان أخرى (مثل الأردن وسوريا وجيبوتي ومصر) شكلاً من أشكال التثقيف الجنسي خارج السياق المدرسي.

التأكد من توفير طرود المزايا المتكاملة التي تقيم الخدمات، بما في ذلك مجموعة الرعاية الكاملة في جميع التركيز على صحة الأم، وتنظيم الأسرة، والوقاية من العدوى المنقولة جنسية والعلاج منها، والخدمات ذات الصلة بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز والعنف القائم على النوع الاجتماعي، وتعزيز التنسيق المشترك بين القطاعات التحسين الكفاءة، بما في ذلك الدعوة إلى التثقيف الجنسي الشامل في التعليم - في البيئات الرسمية وغير الرسمية

صحة المراهقين

لا تزال البيانات والأدلة المتعلقة بصحة المراهقين تشكل ثغرة في جميع أنحاء المنطقة. فتعد أعمال العنف الجماعية هي من بين الأسباب الخمسة الرئيسية للوفاة واضطرابات القلق، كما أن الاكتئاب من بين الأسباب الخمسة الرئيسية لمعدل السنة الحياتية للإعاقة بين الفتيات الصغيرات من سن ١٠ إلى ١٩ سنة. وفي جميع أنحاء المنطقة، لا يزال الشباب، ولا سيما الشباب غير المتزوجين، يعانون من الإهمال الشديد من حيث الحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية والتعليم. ويعني التردد في تدريس الحياة الجنسية أن الشباب كثيراً ما يعتمدون على الإنترنت أو على أقرانهم للحصول على معلومات، مما قد يكون ذلك غير دقيق. وفي البلدان المتأثرة بحالات الصراع، يقل احتمال تلبية احتياجات الإناث الأصغر سناً (من ١٥ إلى ٢٩ سنة) في تنظيم الأسرة عن احتياجات الفئات الأكبر سناً. ونظراً للاتجاهات المتزايدة في زواج الأطفال، فإن منع الحمل غير المرغوب فيه وحد المراهقات من الإنجاب هو أمر حاسم لصحة ورفاه هؤلاء الشابات. وتتزايد النساء والفتيات المتأثرات بالعنف ضد النساء والفتيات في المنطقة، وتثير المراهقات المتأثرات بحالات الطوارئ شواغل تتعلق بالاعتداء والاستغلال الجنسيين، ولا سيما بالنسبة للمراهقات ذات الإعاقة.

معالجة البيانات غير الكافية حول صحة اليافعين وتغذيتهم من خلال تحديد المؤشرات الصحية الأساسية وتخصيص الموارد الكافية لسد الفجوات البحثية الكمية والنوعية ذات الصلة، وتحسين دارة البيانات الفعالة مع التركيز على التصنيف حسب الجنس والعمر.

النشاط البدني والأمراض غير السارية

وفي حين شهدت المنطقة انخفاضاً في معدل السنة الحياتية للإعاقة لأسباب منها الإسهال والتهابات الجهاز التنفسي في السنوات الأخيرة، فقد أصبحت أمراض القلب الرئوية واضطرابات الاكتئاب الرئيسية ومرض السكري من أكثر الأمراض انتشاراً. وتساهم الوجبات الغذائية غير الصحية إلى جانب الخمول البدني بشكل رئيسي في عبء الأمراض غير السارية في المنطقة حيث تظهر العديد من البلدان أعلى نسبة لمعدلات الخمول البدني والسمنة والسكري في العالم (وهي ٢٦,٩٪ من الرجال و٤٣,٥٪ من النساء). ويعد أداء المراهقين سيئ في ممارسة النشاط البدني المناسب، وهذا صحيح على مستوى العالم ولكنه يعد أسوأ معدل في المنطقة حث بلغ ٨٧٪ (٨٤,٣٪ من الأولاد و٨٩,٩٪ من الفتيات).

معالجة الارتفاع الكبير في الأمراض غير السارية من خلال التأكد من إجراء البحوث وتنفيذ السياسات التي تراعي النوع الاجتماعي بالإضافة إلى الوصول الكافي إلى مرافق التدريب.

كوفيد ١٩

أدت القيود المفروضة على تدابير التنقل والتباعد الاجتماعي إلى الحد من إمكانية وصول الأسر إلى العمل وحصولها على الدخل العادي والتحويلات المالية والوصول إلى الأسواق والمدارس والرعاية الصحية في المنطقة. وقد يؤدي انخفاض الدخل/واستنفاد المدخرات وانخفاض قدرة الحكومة على الاستجابة لموجة ثانية وثالثة إلى تفاقم الفقر وعدم المساواة، ويؤدي إلى تدهور الأمن الغذائي للأسر المعيشية مع زيادة الاحتياجات الصحية للسكان.

التأكد من توفير الخدمات الأساسية للسكان الأكثر هشاشة، بمن فيهم النساء والفتيات في البلدان الهشة في المنطقة والسكان الذين يعيشون في بيئات إنسانية المعقدة، بما في ذلك الحفاظ على هذه الخدمات بالرغم من التأهب والاستجابة الحاليين لفيروس كورونا

تحليل واقعي للأوضاع التي تعيشها النساء والفتيات في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا ومنطقة الدول العربية: الركيزة (١): الرسائل والاعتبارات الأساسية المتعلقة بالأمن الغذائي والتغذية والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية.

نظرة عامة

إن العبء الثلاثي لسوء التغذية (المتمثل في نقص التغذية وزيادة الوزن أو السمنة ونقص المغذيات الدقيقة) يظهر بوضوح بين النساء والفتيات في المنطقة، ولا سيما في البلدان المتضررة من الأزمات الطويلة الأمد مثل اليمن وسوريا. وأفاد ١١٪ من السكان بأنهم يعانون من انعدام الأمن الغذائي الشديد، والذين يقدرون بنحو ٥٦ مليون نسمة. وتؤثر قضايا الصراع المشتركة بين القطاعات وتغير المناخ أيضاً على الأمن الغذائي وحالة التغذية. وهناك منظور جنساني محدد للأمن الغذائي والتغذية، وتعاني النساء والفتيات المستضعفات من مخاطر سوء التغذية أكثر من الرجال، ويموت عدد من الفتيات بسبب سوء التغذية أكبر من عدد الفتيان. وفي جميع أنحاء المنطقة، ولا سيما في البلدان المتأثرة بالصراعات، تعد الأسر المعيشية التي ترأسها النساء هي أكثر الأسر المعرضة لانعدام الأمن الغذائي، ومن المرجح أن تلجأ إلى آليات المواجهة السلبية التي تزيد من مخاطر الحماية والأمن.

معالجة العوائق الاجتماعية والاقتصادية الموجودة في طريق الأمن الغذائي والتغذية للنساء من خلال ضمان المساواة في استحقاقاتهن، والوصول إلى الأصول والموارد والخدمات (المالية وغير المالية) والتحكم فيها، وتحسين حصولهن على فرص التوظيف المناسبة وفرص سبل العيش والحماية الاجتماعية. ينبغي إيلاء اهتمام خاص لدعم النساء والفتيات في المناطق المتضررة من النزاع واللاجئات والنازحات.

ثغرات السياسة العامة

وضعت الحكومات داخل المنطقة قوانين وسياسات لمعالجة انعدام الأمن الغذائي والتغذية. وفي حين لا تتاح التحليلات بشأن القوانين والسياسات التي تؤثر على الأمن الغذائي على وجه التحديد، فقد قُدمت مجموعة من البيانات والتوصيات المتعلقة بالسياسات خلال العقد الماضي لمعالجة القضايا الرئيسية المتعلقة بالتغذية. فهناك حوالي ٨٩٪ من بلدان المنطقة التي لديها سياسة تغذية، و٥٣٪ من البلدان التي لديها سياسات إبلاغ تتعلق بتغذية الرضع والأطفال الصغار، ولدى حوالي ١٧٪ من البلدان الخطط التنفيذية المحددة التكاليف. وتشتمل الأمثلة الأخرى للقوانين والسياسات على تحسين الأغذية الأساسية بالمغذيات الدقيقة ومكملات المغذيات الدقيقة وتشجيع الاعتماد بشكل حضري على الرضاعة الطبيعية والوجبات الغذائية المدرسية. كما أن الافتقار إلى اتساق السياسات والتنسيق القطاعي، مقروناً بقدرات مؤسسية محدودة، ويحول دون صياغة وتنفيذ سياسات الأمن الغذائي والتغذية التي تستجيب للمنظور الجنساني. وفي حين أن التنفيذ محدود، فإن هناك ١٧ بلداً من بلدان المنطقة قد وضعت بعض أحكام المدونة الدولية لتسويق بدائل لبن الأم في القانون. وعلى المستوى الوطني، اقرت عدة بلدان بالحق في الماء في دساتيرها؛ وصدّق ١٣ بلداً على الميثاق العربي لحقوق الإنسان الذي يشير إلى الحق في المياه والمرافق الصحية. ولا يزال صعوبة حصول المرأة على الأرض يشكل عقبة أمام تحسين الأمن الغذائي والإنتاجية الزراعية وإمكانية الحصول على المياه.

تخصيص الموارد الكافية لتبني نُهج تحويلية قائمة على النوع الاجتماعي في السياسات والبرامج المتعلقة بالأمن الغذائي والتغذية، لمعالجة الأعراف الاجتماعية والأدوار الجنسانية التمييزية التي تحد من سيطرة النساء على الدخل والأصول وسلطتهن في عملية صنع القرار داخل الأسر والمجتمعات.

عوائق النظام

نُفذت عمليات إضافة المكملات الغذائية والتحصن الغذائي على نطاق واسع في جميع أنحاء المنطقة. وتقوم ٢١ من البلدان بإضافة مواد تكميلية من الفيتامينات والمعادن للحوامل (الحديد وحمض الفوليك)، بينما تفيد ٨ من البلدان عن إتاحة مكملات للنساء في سن الإنجاب (حمض الفوليك والحديد)، وأفادت ١٦ من البلدان عن إتاحة مكملات للأطفال (فيتامين ألف والحديد ومسحوق المغذيات الدقيقة والزنك واليود). وأفادت ١٦ من البلدان عن إغناء دقيق الملح، وأفادت ١٢ من البلدان عن إغناء دقيق القمح، وأفاد ٦ من البلدان عن تقوية الزيت، وأفاد ١ بلداً عن تقوية السكر. وكان لدى ١٧ من البلدان بعض التغطية من دقيق القمح المحصن بالحديد وحمض الفوليك، وهو أمر إلزامي في ١١ بلداً. وهناك قيود في البيانات المصنفة حسب نوع الجنس والعمر عن الجوع وانعدام الأمن الغذائي في العالم وفي المنطقة.

التأكد من تصنيف البيانات الواردة بشأن الجوع وسوء التغذية حسب نوع الجنس والعمر وتقديم الدعم اللازم للاستراتيجيات والبرامج الإقليمية والوطنية من خلال التحليلات متعددة الجوانب القائمة على النوع الاجتماعي. وينبغي تنفيذ ذلك بطريقة تستكشف الديناميات الموجودة والأدوار داخل الأسرة المعيشية في الأمن الغذائي والتغذية، وتتصدى للجوع وسوء التغذية من خلال نهج دورة الحياة.

الأعراف

تقع الأدوار والمسؤوليات المتعلقة بالأمن الغذائي والتغذية وإدارة المياه إلى حد كبير على عاتق النساء والفتيات في المنطقة بسبب الأعراف الاجتماعية القائمة على النوع الاجتماعي. ويمكن أن تشتمل مسؤولية النساء والفتيات عن جمع المياه في الأسر المعيشية على أساس نوع الجنس على المشي لمسافات طويلة مما يعرضهن لمخاطر الحماية والأمن. ويؤدي عدم مشاركة الرجال والفتيان في تحضير الأغذية إلى زيادة الأعمال المنزلية غير المدفوعة الأجر للنساء والفتيات مما يعمل على تقييد النساء. وكثيراً ما تؤدي المعرفة المحدودة بشأن ما يشكل التغذية التكميلية الملائمة إلى نتائج غذائية أكثر فقراً بالنسبة للنساء وأطفالهن. وفيما يتعلق بالحصول على الغذاء، توجد في المنطقة فجوة ملحوظة بين الجنسين تضر بالفتيات والنساء. وكثيراً ما تتاح للفتيات في اليمن أقل فرص للحصول على الغذاء في أوقات الطعام بسبب الأعراف الثقافية التي تحدد من يأكل في الأسرة أولاً. وفي منطقة جنوب دارفور بالسودان يسود هناك اعتقاد خاطئ مفاده أن الرضع الذكور بحاجة إلى تناول الأغذية الصلبة ابتداءً من ثلاثة أشهر بينما يتم إطعام الرضع الإناث من سن ٦ أشهر. ومن الأعراف الثقافية التي تعوق النساء والفتيات هي قلة النشاط البدني والتنقل في الأماكن العامة مما يعوق حركتهن خارج المنزل ويؤدي ذلك إلى عدم التشديد على أهمية التربية البدنية للفتيات في المدارس، مما يسهم في ارتفاع معدلات البدانة وزيادة الوزن لدى النساء في المنطقة.

إشراك النساء والرجال والفتيات والفتيان من خلال مبادرات التواصل بشأن التغيير الاجتماعي والسلوكي التي تسعى إلى إشراك جميع الفئات على نحو منصف عبر الاستفادة من النهج التحويلية القائمة على النوع الاجتماعي التي تغير الأدوار النمطية للجنسين المرتبطة بالأمن الغذائي والتغذية. وتقر بإسهامات النساء والفتيات الثمينة في مجالات الأمن الغذائي والإنتاج الغذائي والتحضير والتوزيع.

الفئات المعرضة للخطر

إن أغلب الأشخاص الذين يعانون من الجوع في منطقة الشرق الأوسط والجنوب الأوروبي يتواجدون في البلدان الخمس التي تشهد نزاعاً حالياً؛ وهم العراق وليبيا وسوريا والسودان واليمن. ومن الأرجح أن يكون لدى الأفراد الذين يعيشون في فقر مرافق غير كافية للمياه والصرف الصحي، وهم معرضون بدرجة أكبر لمخاطر التعرض لانعدام الأمن الغذائي والجوع ولديهم حالة تغذوية متدنية وذلك لان تعرض حصولهم الاقتصادي على الغذاء هو عرضة للخطر. وتمثل العمالة في القطاع الزراعي نسبة ٣/١ من مجموع العمالة النسائية في المنطقة بشكل رئيسي عبر قطاعات العمل غير الرسمية. وبالتالي، فإن ندرة المياه تعرض فرص دخل النساء والمراهقات إلى الخطر، مما يزيد من الضعف الاقتصادي، كما يعرض انعدام الأمن الغذائي إلى الخط، ومن الأرجح أن يكون لدى الأمهات ذوات المستوى التعليمي المنخفض والدخل المنخفض أطفالاً يعانون من تأخر النمو بسبب قلة معرفتهن وقدرتهن على الحصول على الغذاء الذي يوفر غذاءً متنوعاً ومغذياً.

تحسين وصول المرأة الريفية إلى الأصول الزراعية (الأراضي تحديداً) والسيطرة عليها وتيسير تعرضها واستيعابها للممارسات والتكنولوجيات الزراعية المراعية للتغذية واستيعابها لها من خلال برامج بناء القدرات المستهدفة والتي يسهل الوصول إليها.

تحليل واقعي للأوضاع التي تعيشها النساء والفتيات في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا ومنطقة الدول العربية: الركيزة (١): الرسائل والاعتبارات الأساسية المتعلقة بالأمن الغذائي والتغذية والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية.

الأمن الغذائي

هناك بعد جنساني محدد للأمن الغذائي والتغذية. وعلى الرغم من الأدوار الرئيسية التي تضطلع بها النساء في النظم الغذائية، فإنهن يعانين من خطر انعدام الأمن الغذائي أكثر من الرجال، ويموت عدد كبير من الفتيات أكثر من الفتيان بسبب سوء التغذية. وفي جميع أنحاء المنطقة، ولا سيما في البلدان المتضررة من الصراعات، تعد الأسر المعيشية التي ترأسها النساء والنساء الريفيات واللاجئات والنساء المصابات بإعاقة هم الأكثر عرضة لانعدام الأمن الغذائي والأكثر عرضة للجوء إلى آليات المواجهة السلبية.

معالجة العوائق الاجتماعية والاقتصادية التي تقف في طريق الأمن الغذائي والتغذية للنساء من خلال ضمان المساواة في استحقاقاتهن، والوصول إلى الأصول والموارد والخدمات (المالية وغير المالية) والتحكم فيها، وتحسين حصولهن على فرص التوظيف المناسبة وفرص سبل العيش والحماية الاجتماعية. ينبغي إيلاء اهتمام خاص لدعم النساء والفتيات في المناطق المتضررة من النزاعات واللاجئات والنازحات اللاتي تتعرض إمكانية حصولهن على الموارد والخدمات للخطر بشكل خاص.

التقدم المحرز في التغذية

يعاني أقل قليلاً من ٢٥٪ من بلدان المنطقة من نسبة عالية أو عالية جداً من حالات توقف النمو لدى الأطفال دون سن الخامسة. ويبلغ معدل انتشار نقص التغذية في المنطقة نسبة ١٣,٢٪. وتبلغ المعدلات ضعف المعدل العالمي للبلدان المتقدمة النمو. وفي البلدان المتضررة بالصراعات تكون المعدلات فيها بنسبة (٢٧,٧٪) وهي أعلى بخمس مرات من البلدان غير المتأثرة بالصراعات وأعلى من أقل البلدان نمواً على المستوى العالمي. وفي سوريا، زاد انتشار سوء التغذية بين الحوامل والمرضعات إلى أكثر من الضعف. ورغم أن معدلات نقص التغذية في المنطقة آخذة في الانخفاض. فإن انتشار نقص التغذية بدأ يتزايد في البلدان المتضررة بالصراع، ولا يزال الأطفال يعانون من معدلات عالية من نقص الحديد وفيتامين ألف ومن نقص عنصر اليود. ويوجد لدى كل بلد في المنطقة معدلات متوسطة أو حادة من فقر الدم لدى النساء في سن الإنجاب حيث تتراوح بين حوالي ٢٣٪ في دولة الكويت وحوالي ٧٩٪ في اليمن. وتعد المنطقة ثاني أكثر المناطق سمنة في العالم، حيث تحتوي على ١٩,٥٪ بين البالغين الذين يعانون من السمنة (١٤,٩٪ من الرجال و٢٤,٣٪ من النساء)، و٨,٢٪ بين الأطفال من عمر ٥ إلى ١٩ عاماً (٨,٣٪ من الأولاد و٨,١٪ من الفتيات). ويبلغ معدل انتشار بدء الرضاعة الطبيعية في الوقت المناسب والرضاعة الطبيعية الحصرية لمدة ستة أشهر ٣٤٪ و٢٠,٥٪ على التوالي. وبالنسبة لكل من المؤشرين، يظل متوسط معدل المنطقة أقل من متوسط المعدل العالمي البالغ ٤٠٪. وقد ارتبطت عملية الولادة القيصرية والأمومة لأول مرة بانخفاض معدل الانتشار، في حين زادت تجربة الرضاعة الطبيعية وإمكانات الإقامة المشتركة للأمهات والمواليد بالنجاح في زيادة معدل الانتشار. ويزيد احتمال إرضاع الأطفال من الخُمس الأشد فقراً بمقدار ١,٦ مرة في عمر السنتين عن احتمالية إرضاع الأطفال من الخُمس الأكثر ثراءً. وأدى نقص المعرفة والدعم الماهر للأمهات في البلدان المتضررة بالصراعات إلى انخفاض المعدلات.

تعزيز الإلمام بالأمور الصحية والتغذية والتعليم بشأن برنامج المياه والصرف الصحي والنظافة العامة لتحسين الحالة التغذوية للنساء والفتيات والأسر والمجتمعات، من خلال التأكد من استهداف البرامج والمبادرات الآباء والأمهات بشكل متساو

الافتقار إلى الحصول العادل إلى المياه والصرف الصحي والنظافة العامة

لم تتحقق إمكانية الحصول على خدمات المياه المأمونة والصرف الصحي والنظافة العامة على قدم المساواة في المنطقة. وتتفاقم قضايا الحصول هذه في البلدان الفقيرة جداً و/أو البلدان المتضررة بالصراعات، وبصفة عامة، توجد فجوات في إمكانية الحصول على الخدمات بين المجتمعات الريفية والحضرية في جميع أنحاء المنطقة. ففي البحرين والكويت وقطر يحصل ١٠٠٪ من السكان على خدمات مياه الشرب الأساسية في حين أن جيبوتي (٧٦٪) والصومال (٥٢٪) والسودان (٦٠٪) واليمن (٦٤٪) والمغرب (٨٧٪) مقيدون في فرص الحصول على المياه. وقد يؤدي عدم حصول النساء والفتيات على خدمات توفير المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في المدارس إلى التغيب عن المدرسة أو إلى انقطاعهن النهائي عن المدرسة بسبب عدم ملاءمة الأمن والنظافة الصحية فيما يتعلق بالنظافة الصحية طوال مدة الدورة الشهرية. توجد مدرسة من أصل ٥ مدارس في المنطقة لا تستطيع الحصول على خدمات النظافة الصحية في المدرسة، كما أنه يوجد مجموعة من ٧٤٪ إلى ٨٣٪ لديهم إمكانية الحصول على مياه الشرب الأساسية في المدارس ومجموعة من ٧٩٪ ٨٧٪ لديها إمكانية الحصول على خدمات النظافة الصحية الأساسية في المدارس. وفيما يتعلق بالأماكن الآمنة داخل المنطقة، هناك نقص في البيانات الشاملة القابلة للاستخدام بشأن توفير المياه والصرف الصحي والنظافة العامة في المرافق الصحية، مما يوحي بأن البلدان لا تتبع مدى توافر المياه أو جودتها بصورة منهجية.

السعي إلى المساواة في الحصول على خدمات المياه والصرف الصحي والنظافة الأمنية، وخاصة في البيئات الريفية والمتضررة من النزاعات المتأثرة بحالات الطوارئ مع التأكد من وجود ما يكفي من الموارد اللازمة للتنفيذ الفعال والحفاظ على الخدمات الصحية والتعليمية وتأمين الفرص الاقتصادية والتمكينية للنساء والفتيات في قطاع توفير المياه والصرف الصحي والنظافة العامة.

حالات الطوارئ وتغير المناخ

وأثناء حالات الأزمات، تستفحل معضلة انعدام الأمن المائي القائم على النوع الاجتماعي، خاصة بالنسبة إلى النساء والفتيات اللاجئات أو النازحات اللواتي تواجهن عقبات كبيرة تحول دون الحصول على الخدمات الأساسية اللازمة لصحة أسرهن ورفاهيتها. بالإضافة إلى الوصول إلى الخدمات الأساسية، تواجه الأسر التي تعولها النساء أعباء مالية تحد من قدرتها على شراء المياه. وكشفت التدخلات المتعلقة ببرنامج توفير المياه والصرف الصحي والنظافة العامة التي يُجري توصيلها إلى النساء والأطفال في البيئات المتأثرة بالنزاعات في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل عن وجود ثغرات في الأدلة الحالية بشأن تقديم التدخلات في برنامج توفير المياه والصرف الصحي والنظافة العامة في البيئات المتأثرة بالنزاعات، مما يوضح بأن احتياجات النساء والأطفال في قطاع توفير المياه والصرف الصحي والنظافة العامة لم تُراعى أو لا تُراعى بشكل كافٍ في الاستجابة الإنسانية في كثير من حالات الصراع. وتعد منطقة الشرق الأوسط وجنوب أفريقيا هي من أكثر المناطق التي تعاني من ندرة المياه في العالم، حيث تضم ١٥ بلداً من أكثر البلدان التي تعاني من ندرة في المياه في جميع أنحاء العالم. ويشكل تغير المناخ والجفاف المتكرر ونقص الموارد الطبيعية بجانب الصراعات في السنوات الأخيرة والأزمات الإنسانية ضغطاً شديداً على تقديم خدمات توفير المياه والصرف الصحي والنظافة العامة، مما يؤثر على أكثر الفئات السكانية هشاشة، ولا سيما النساء والفتيات. ويمكن أن تزيد ندرة المياه من عبء العمل المنزلي على النساء والفتيات على صعيد الأسرة المعيشية والمجتمع المحلي على حد سواء.

معالجة تأثيرات تغير المناخ الهائلة في الأمن الغذائي وصمود النساء والفتيات وتعزيز المساواة بين الجنسين والصمود أمام المناخ فيما يتعلق بالتدخلات ذات الصلة بتطوير النظم الغذائية.

حالة الصحة والرفاهية – النقاط الرئيسية

التشريعات / السياسات

اعتُمد الحق في الصحة في القوانين المحلية أوالدستورية في العديد من البلدان.

وقعت جميع بلدان المنطقة على اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، ولكن التنفيذ لا يزال محدوداً.

الافتقار إلى تشريعات مكرسة للصحة العقلية في ٥٠٪ من بلدان المنطقة والافتقار إلى السياسات والخطط الوطنية في ٣٠٪ من البلدان

العوائق أمام الصحة الجنسية والإنجابية في القوانين والسياسات والتي تمنع الوصول إلى المعرفة والخدمات التي تسهم في الحياة المنصفة.

اعتمدت جميع البلدان الـ ٢١ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في عام ١٩٩٤

النظم / السياسات

خدمات الصحة العقلية (في تونس وقطر) محدودة للغاية

عدم وجود بيانات حول النظافة الصحية أثناء الدورة الشهرية بسبب الأعراف الاجتماعية والثقافية ووصمة العار.

محدودية فرص الحصول على الخدمات الصحية بما في ذلك النظافة الصحية أثناء الدورة الشهرية (المناطق الريفية والمراهقات والإعاقة وحالات الطوارئ)

محدودية الوصول إلى خدمات ما بعد الولادة
انعدام التكامل بين صحة الأم والمولود

كثيراً ما تركز الخدمات الصحية على الخدمات الصحية العلاجية بدلا من الرعاية الأولية والوقائية.

التأمين الصحي العام لا يشمل سوى من ٣٠ إلى ٤٠٪ من السكان

لا يتم دمج الأمراض المنقولة جنسياً وفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز بشكل كامل في الرعاية الصحية الأولية

لقد بذلت البلدان جهودًا لتوسيع نطاق التثقيف الجنسي (في قطروتونس)

مستويات محدودة من الاستقلال الذاتي في القرارات المتعلقة بصحة المرأة والفتاة

زيادة عبء الرعاية على النساء والفتيات بسبب التوقعات الجنسانية

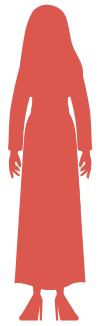
تؤثر الأعراف الاجتماعية والثقافية على الحالة التغذوية للمرأة والفتاة وعلى تغذية الأطفال

انخفاض مستوى النشاط البدني

الوصم والتمييز لقضايا الصحة العقلية والدعم

يعتبر الإجهاض، ولا سيما الإجهاض غير المأمون، هو موضوع مهمل في مجال الصحة العامة

الأعراف الإجتماعية



حالات الطوارئ

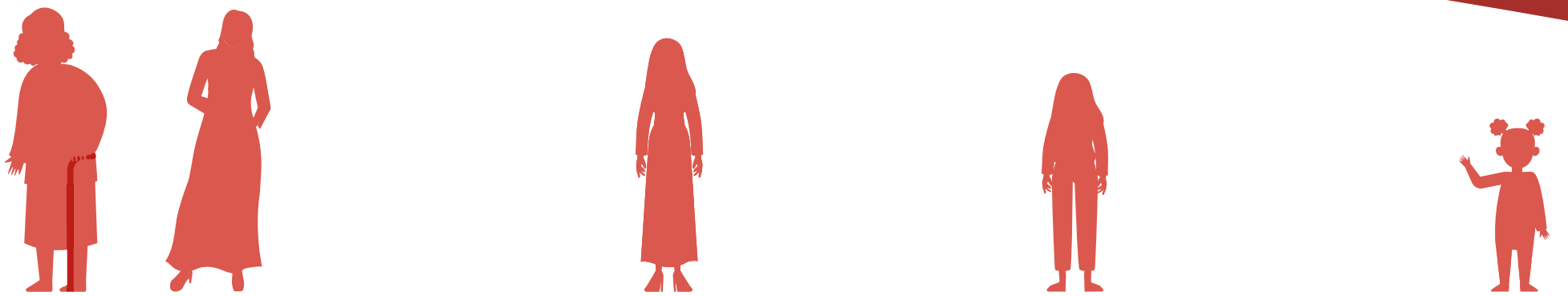
أثناء حالات الأزمات، تستفحل معضلة انعدام الأمن المائي القائم على النوع الاجتماعي، خاصة بالنسبة إلى النساء والفتيات اللاجئات أو النازحات اللواتي تواجهن عقبات كبيرة تحول دون الحصول على الخدمات الأساسية اللازمة لصحة أسرهن ورفاهيتها.

القضايا

- الرعاية قبل للولادة أقل في المناطق الريفية والفقيرة، ويقدر أن ٦٥ في المائة من النساء يتلقين الرعاية بعد الولادة.
- يجرى ختان ٥٠ مليون فتاة
  - **خفض وفيات الرضع ومعدل وفيات الأمهات (حققت ١٤ دولة من أصل ٢١ دولة مؤشراً من أهداف التنمية المستدامة البالغ ٧٠ لكل ١٠٠٠٠٠ مولود حي)**
- فتاة من كل خمس فتيات متزوجات
  - وصلت ١٣ دولة من أصل ٢١ إلى ٩٠٪ من الرعاية المخصصة لدى الولادة (وصلت اليمن والصومال إلى أقل من ٧٥٪)
- الاستخدام غير المنتظم لموانع الحمل بين النساء والفتيات غير المتزوجات
  - محدودية الحصول على خدمات النظافة الصحية أثناء الدورة الشهرية.
  - محدودية وصول الفتيات المراهقات والشابات غير المتزوجات إلى حقوق الصحة الجنسية والإنجابية
- عدم القدرة على الوصول إلى المعلومات ومقدمي الخدمات الصحية والمخاوف بشأن دخول مرافق الرعاية الصحية وحدها
  - النشاط البدني للمراهقين أسوأ من المعدلات العالمية (٨٤,٣٪ من الأولاد و ٨٩,٩٪ من الفتيات).
- لا تزال الأدلة على صحة المراهقين تشكل ثغرة في جميع أنحاء المنطقة.
- زيادة الأمراض غير السارية
  - انتشار السمنة ومرض السكري من بين أعلى المعدلات في العالم
  - تعد اضطرابات القلق والاكتئاب من بين الأسباب الخمسة الأولى لمعدل السنة الحياتية للإعاقة بين الفتيات الصغيرات من سن ١٠ إلى ١٩ عامًا
- الزيادة في ارتفاع درجة الحرارة الخطيرة والدعم النفسي والاجتماعي بسبب جائحة فيروس كرونا المستجد (كوفيد ١٩)
  - تعاني واحدة من كل ثلاث نساء في المنطقة من مستويات شديدة من التوتر
  - اللاجئون ذوو الإعاقة هم أكثر عرضة للإبلاغ عن الإجهاد النفسي بمقدار الضعف
- ٧٠٪ من الملاجئ التي تديرها المنظمات غير الحكومية لا تستوعب احتياجات النساء اللواتي يعانين من مشاكل الصحة العقلية.
  - حصل ٥٣٪ من سكان المنطقة على الخدمات الصحية الأساسية
- يوجد ٤٦٪ فقط من خدمات المنظمات غير الحكومية للدعم النفسي والاجتماعي لا تراعى سوى المسنات
  - يتم التطرق إلى الحد الأدنى من الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية في وقت الشيخوخة
  - عدم كفاية العلاج بمضادات فيروسات النسخ العكسي (الوصول إلى ٣٨٪ من المحتاجين)

حالة انعدام الأمن الغذائي وتوفير المياه والصرف الصحي والنظافة العامة – النقاط الرئيسية

التشريعات / السياسات	**يشير الميثاق العربي لحقوق الإنسان إلى الحق في توفير خدمات المياه والصرف الصحي بموجب المادتين ٣٨ و ٣٩**	لا تتوافر البيانات عن القوانين والسياسات القائمة بشأن الأمن الغذائي	عدم اتساق السياسات ويمنع التنسيق القطاعي صياغة وتنفيذ سياسات الأمن الغذائي والتغذية القائمة على النوع الاجتماعي.	**تتمتع ٨٩ في المائة من بلدان المنطقة بسياسة تغذية شاملة أو خاصة بموضوع محدد.**	**تتمتع ٧٩ في المائة من البلدان بسياسة تغذية شاملة تهدف إلى معالجة جميع أشكال سوء التغذية.**	**أقرت العديد من الدول بالحق في الماء في دساتيرها**
النظم / السياسات	لا يزال صعوبة وصول المرأة إلى الأرض يشكل عقبة أمام تحسين الأمن الغذائي والإنتاجية الزراعية على حد سواء	القيود في البيانات النوعية والكمية المفصلة لأغراض الأمن الغذائي يمثل القطاع الزراعي نسبة ٣/١ من مجموع عمالة المرأة بشكل رئيسي من خلال قطاعات العمل غير الرسمية.	لا تحصل مدرسة من بين ٥ مدارس في المنطقة على خدمات النظافة في المدرسة	لم يتم الوفاء بالوصول العادل إلى خدمات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في المنطقة (النظافة الصحية أثناء الدورة الشهرية، المسؤوليات المنزلية) مراعاة محدودة لاحتياجات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية للنساء والأطفال في الاستجابة الإنسانية	يحصل ما بين ٧٤٪ إلى ٨٣٪ على مياه الشرب الأساسية في المدارس وبإمكان ما بين ٧٩٪ إلى ٨٧٪ الوصول إلى المرافق الصحية الأساسية في المدارس	يوجد لدى ١٧ بلداً بعض التغطية من دقيق القمح المقوي بالحديد وحمض الفوليك، وهو أمر إلزامي في ١١ بلداً.	أبلغت ١٦ دولة عن إغناء الملح، وأبلغت ١٢ دولة عن إغناء دقيق القمح، وأبلغت ستة بلدان عن تقوية الزيت، وأبلغت دولة واحدة عن تحصين السكر، ,أبلغت ١٦ دولة عن إتاحة المكملات الغذائية للأطفال (فيتامين أ، الحديد ، مسحوق المغذيات الدقيقة، الزنك ، اليود)
الأعراف الاجتماعية	العبء الثلاثي لسوء التغذية (المتمثل في نقص التغذية وزيادة الوزن أو السمنة ونقص المغذيات الدقيقة) يظهر بوضوح بين النساء والفتيات في المنطقة، ولا سيما في البلدان المتضررة من الأزمات الطويلة الأمد	تؤثر الأعراف الاجتماعية والثقافية على الحالة التغذوية للمرأة والفتاة وعلى تغذية الأطفال	يؤدي الافتقار إلى خدمات توفير المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في المدارس إلى التغيب عن المدارس والانقطاع النهائي عن المدارس	التوقعات القائمة على النوع الاجتماعي والعبء الذي تتحمله النسائي لإدارة المياه	ندرة المياه وتفاقم عبء العمل المنزلي على النساء والفتيات على صعيد الأسرة المعيشية والمجتمع المحلي على حد سواء	خفض فرص حصول الفتيات على الغذاء في أوقات الطعام بسبب الأعراف الثقافية التي تحدد من يأكلن في الأسرة أولاً



حالات الطوارئ

تغير المناخ والجفاف المتكرر ونقص الموارد الطبيعية بجانب الصراعات في السنوات الأخيرة والأزمات الإنسانية ضغطاً شديداً على تقديم خدمات المياه والصرف الصحي والنظافة العامة، مما يؤثر على أكثر الفئات السكانية هشاشة، ولا سيما النساء والفتيات. ويمكن أن تزيد ندرة المياه من عبء العمل المنزلي على النساء والفتيات على صعيد الأسرة المعيشية والمجتمع المحلي على حد سواء.

القضايا

- نقص المدخول الغذائي
  - بلغت نسبة بدء الرضاعة الطبيعية والرضاعة الطبيعية الحصرية لمدة ستة أشهر ٣٤٪ و٢٠,٥٪
  - تعد المنطقة هي الأكثر ندرة في المياه في العالم، حيث تضم ١٥ من أكثر البلدان التي تعاني من ندرة المياه في جميع أنحاء العالم
  - يعاني أقل قليلاً من ٢٥٪ من بلدان المنطقة من نسبة عالية أو عالية جداً من انتشار حالات توقف النمو لدى الأطفال دون سن الخامسة.
    - تكون الأطفال من الخُمس الأفقر هم الأكثر عرضة بمقدار ١,٦ مرة للرضاعة الطبيعية في عمر السنتين
  - يعاني كل بلد في المنطقة من معدلات متوسطة أو حادة من فقر الدم لدى النساء في سن الإنجاب (٢٣٪ في الكويت إلى ٧٩٪ في اليمن)
    - أعلى مستوى في العراق وليبيا وسوريا والسودان واليمن
    - أفاد ١١٪ من السكان أنهم يعانون بشدة من انعدام الأمن الغذائي.
      - أفادت ثمانية من البلدان عن توفير المكملات الغذائية للنساء في سن الإنجاب
    - تعاني الأسر التي تعولها النساء من الأعباء المالية التي تحد من قدرتها على شراء المياه
  - إن الأسر التي تعولها النساء هي الأكثر عرضة للمعاناة من انعدام الأمن الغذائي
    - بلغ معدل انتشار نقص التغذية والسمنة ١٣,٢٪ و٢٨٪ على التوالي
      - تقوم ٢١ دولة بتنفيذ توفير مكملات الفيتامينات والمعادن للنساء الحوامل
    - تقع الأدوار والمسؤوليات المرتبطة بالأمن الغذائي والتغذية إلى حد كبير على عاتق النساء والفتيات
      - تواجه الأسر المعيشية التي تعولها النساء أعباء مالية تحد من القدرة على شراء المياه

صحة المراهقين

لا تزال البيانات والأدلة المتعلقة بصحة المراهقين تشكل ثغرة في جميع أنحاء المنطقة. فتعد أعمال العنف الجماعية هي من بين الأسباب الخمسة الرئيسية للوفاة واضطرابات القلق، كما أن الاكتئاب من بين الأسباب الخمسة الرئيسية لمعدل السنة الحياتية للإعاقة بين الفتيات الصغيرات من سن ١٠ إلى ١٩ سنة. وفي جميع أنحاء المنطقة، لا يزال الشباب، ولا سيما الشباب غير المتزوجين، يعانون من الإهمال الشديد من حيث الحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية والتعليم. ويعني التردد في تدريس الحياة الجنسية أن الشباب كثيراً ما يعتمدون على الإنترنت أو على أقرانهم للحصول على معلومات، مما قد يكون ذلك غير دقيق. وفي البلدان المتأثرة بحالات الصراع، يقل احتمال تلبية احتياجات الإناث الأصغر سناً (من ١٥ إلى ٢٩ سنة) في تنظيم الأسرة عن احتياجات الفئات الأكبر سناً. ونظراً للاتجاهات المتزايدة في زواج الأطفال، فإن منع الحمل غير المرغوب فيه وحد المراهقات من الإنجاب هو أمر حاسم لصحة ورفاه هؤلاء الشابات. وتتزايد النساء والفتيات المتأثرات بالعنف ضد النساء والفتيات في المنطقة، وتثير المراهقات المتأثرات بحالات الطوارئ شواغل تتعلق بالاعتداء والاستغلال الجنسيين، ولا سيما بالنسبة للمراهقات ذات الإعاقة.

معالجة البيانات غير الكافية حول صحة اليافعين وتغذيتهم من خلال تحديد المؤشرات الصحية الأساسية وتخصيص الموارد الكافية لسد الفجوات البحثية الكمية والنوعية ذات الصلة، وتحسين دارة البيانات الفعالة مع التركيز على التصنيف حسب الجنس والعمر.

النشاط البدني والأمراض غير السارية

وفي حين شهدت المنطقة انخفاضاً في معدل السنة الحياتية للإعاقة لأسباب منها الإسهال والتهابات الجهاز التنفسي في السنوات الأخيرة، فقد أصبحت أمراض القلب الرئوية واضطرابات الاكتئاب الرئيسية ومرض السكري من أكثر الأمراض انتشاراً. وتساهم الوجبات الغذائية غير الصحية إلى جانب الخمول البدني بشكل رئيسي في عبء الأمراض غير السارية في المنطقة حيث تظهر العديد من البلدان أعلى نسبة لمعدلات الخمول البدني والسمنة والسكري في العالم (وهي ٢٦,٩٪ من الرجال و٤٣,٥٪ من النساء). ويعد أداء المراهقين سيئ في ممارسة النشاط البدني المناسب، وهذا صحيح على مستوى العالم ولكنه يعد أسوأ معدل في المنطقة حث بلغ ٨٧٪ (٨٤,٣٪ من الأولاد و٨٩,٩٪ من الفتيات).

معالجة الارتفاع الكبير في الأمراض غير السارية من خلال التأكد من إجراء البحوث وتنفيذ السياسات التي تراعي النوع الاجتماعي بالإضافة إلى الوصول الكافي إلى مرافق التدريب.

كوفيد ١٩

أدت القيود المفروضة على تدابير التنقل والتباعد الاجتماعي إلى الحد من إمكانية وصول الأسر إلى العمل وحصولها على الدخل العادي والتحويلات المالية والوصول إلى الأسواق والمدارس والرعاية الصحية في المنطقة. وقد يؤدي انخفاض الدخل/واستنفاد المدخرات وانخفاض قدرة الحكومة على الاستجابة لموجة ثانية وثالثة إلى تفاقم الفقر وعدم المساواة، ويؤدي إلى تدهور الأمن الغذائي للأسر المعيشية مع زيادة الاحتياجات الصحية للسكان.

التأكد من توفير الخدمات الأساسية للسكان الأكثر هشاشة، بمن فيهم النساء والفتيات في البلدان الهشة في المنطقة والسكان الذين يعيشون في بيئات إنسانية المعقدة، بما في ذلك الحفاظ على هذه الخدمات بالرغم من التأهب والاستجابة الحاليين لفيروس كورونا

الصحة العامة

الركيزة ١

الصحة العامة

نظرة عامة

الجدول ١,١:

مؤشر التغطية الصحية الشاملة

الفئة حسب اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا	البلد	نتيجة المؤشر
بلدان مجلس التعاون الخليجي	قطر	٧٧
	عُمان	٧٢
	الإمارات العربية المتحدة	٦٣
	البحرين	٧٢
	المملكة العربية السعودية	٦٨
	الكويت	٧٧
المغرب العربي	تونس	٦٥
	الجزائر	-
	المغرب	٦٥
	ليبيا	٦٣
المشرق العربي	لبنان	٦٨
	إيران	٦٥
	سوريا	٦٠
	الأردن	٧٠
	دولة فلسطين	٦٠
	مصر	٦٨
	العراق	٦٣
البلدان الأقل نمواً	جيبوتي	٤٧
	اليمن	٣٩
	السودان	٤٣
	الصومال	٢٢

المصدر: منظمة الصحة العالمية

ينص دستور منظّمة الصّحّة العالميّة (لعام ١٩٤٦) "...أعلى مستوى صحي يمكن بلوغه كحق أساسي لكل إنسان". ينص هذا الاعتراف بالصحة كحق من حقوق الإنسان على فرض التزام قانوني على الدول لضمان إمكانية الحصول على الرّعاية الصّحية ذات الجودة المناسبة في الوقت المناسب وبصورة مقبولة وميسورة التكلفة، بالإضافة إلى توفير محدّدات الصحة الأساسية، مثل: المياه الصالحة للشرب، والصرف الصحي، والغذاء، والإسكان، والمعلومات والتثقيف في مجال الصحة، والمساواة بين الجنسين. في الكثير من البلدان، اعتمد القانون الداخلي أو الدستوري الحق في الصحة.[١٥٤] يمثّل تتبع إعمال هذا الحق في الصحة جزءاً لا يتجزأ من مجموعة آليات حقوق الإنسان الدولية.

انضمت الحكومات في جميع أنحاء المنطقة إلى المجتمع العالمي بهدف الالتزام بجدول أعمال التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ وتزداد الجهود المبذولة لتحقيق أهداف التنمية المستدامة (SDGs) في جميع أنحاء المنطقة. ولتوضيح ذلك، أدخلت الدول تغيرات مؤسسية وبدأت في تنسيق الأولويات الوطنية بما يتوافق مع أهداف التنمية المستدامة، بما في ذلك طرح مراجعات وطنية طوعية.[١٥٥] وتتضمن أهداف التنمية المستدامة الهدف العالمي ٣,٨ الذي ينص على "تحقيق التغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك توفير الحماية من المخاطر المالية، وإمكانية الحصول على خدمات الرّعاية الصّحية الأساسية الجيدة، وإمكانية حصول الجميع على الأدوية واللقاحات الأساسية الآمنة والجيدة والفعالة والميسورة التكلفة".[١٥٦] قدّر تحليل أجرته منظمة الصحة العالمية (WHO) في عام ٢٠١٨ أن ٥٣ في المائة من سكان المنطقة يحصلون على الخدمات الصحية الأساسية، أي أقل من نسبة التغطية العالمية (المرجحة بعدد السكان) التي تبلغ ٦٤ في المائة. ولكن توضح التوقعات أنه يمكن تحقيق تغطية إقليمية مرجحة بعدد السكان بنسبة ٦٠ في المائة بحلول عام ٢٠٢٣ في حال تنفيذ توصيات منظّمة الصّحّة العالميّة.[١٥٧]

جمعت التحليلات التي أجرتها منظّمة الصّحّة العالميّة مؤشرات متعددة بخصوص التغطية الصحية لتسجيل مستوى التغطية من جانب الخدمات الصحية الفردية والقائمة على السكان وإعطاء نتيجة إجمالية لكل بلد (ارجع إلى الجدول ١,١). وهذا يوفر مقياساً عاماً ومفيداً لأداء البلدان

[١٥٤] منظّمة الصّحّة العالميّة، "حقوق الإنسان والصحة (Human rights and health)"، حقائق أساسية، عام ٢٠١٧.

[١٥٥] اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا، "تقرير عام ٢٠٢٠ حول التنمية المستدامة العربية (Arab Sustainable Development Report ٢٠٢٠)"، عام ٢٠٢٠

[١٥٦] تعني التغطية الصحية الشاملة أنه يمكن لجميع الأشخاص والمجتمعات استخدام الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها، ذات الجودة الكافية لضمان فعاليتها، من دون مواجهة صعوبات مالية.

[١٥٧] منظّمة الصّحّة العالميّة، "تعزيز التغطية الصحية الشاملة (Advancing universal health coverage)"، عام ٢٠١٨

الجدول ١,٢:

العمر المتوقع عند الولادة (أعوام)

الفئة حسب اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا	البلد	الإناث	الذكور
بلدان مجلس التعاون الخليجي	قطر	٨١,٧٤	٧٨,٨٣
	عُمان	٧٩,٩١	٧٥,٦٥
	الإمارات العربية المتحدة	٧٩,٠١	٧٦,٩٧
	البحرين	٧٨,١٤	٧٦,١٩
	المملكة العربية السعودية	٧٦,٤٩	٧٣,٦٧
	الكويت	٧٦,٣٦	٧٤,٥٨
المغرب العربي	تونس	٧٨,٣٥	٧٤,٣٠
	الجزائر	٧٧,٧٤	٧٥,٣١
	المغرب	٧٧,٤٤	٧٤,٩٥
	ليبيا	٧٥,٦٢	٦٩,٦٧
المشرق العربي	لبنان	٨٠,٧٩	٧٧,٠٣
	إيران	٧٧,٤٤	٧٥,٢٢
	سوريا	٧٧,٤٢	٦٥,٤١
	الأردن	٧٦,٠٥	٧٢,٦٣
	دولة فلسطين	٧٥,٤٥	٧٢,١١
	مصر[١٥٨]	٧٣,٩٧	٦٩,٤٥
	العراق	٧٢,٣٢	٦٨,٢٨
البلدان الأقل نمواً	جيبوتي	٦٨,٠٢	٦٤,٠٠
	اليمن	٦٧,٧٩	٦٤,٤١
	السودان	٦٦,٧١	٦٣,٠٩
	الصومال	٥٨,٤٢	٥٥,٠٧

المصدر: شعبة سكان الأمم المتحدة

أشار تقرير صادر في عام ٢٠٢٠ عن اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا (ESCWA)[١٥٩] حول حالة أهداف التنمية المستدامة في المنطقة العربية إلى "تحسن ملحوظ في مؤشرات الصحية الأساسية في المنطقة العربية، بما في ذلك خفض وفيات الأمومة والأطفال دون عمر الخامسة".

في عام ٢٠١٦، أفاد تقرير صادر عن اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا[١٦٠] أن زيادة متوسط العمر المتوقع وانخفاض معدلات وفيات الأمهات والأطفال يعكس "سجلاً جديراً بالثناء" في المنطقة فيما يتعلق بصحة النساء، ما يجعلها أحد جوانب النجاح الأساسية في تنفيذ إعلان بكين ومنهاج عمله. وأشار التقرير إلى أن متوسط العمر المتوقع للإناث عند الولادة قد ارتفع في جميع بلدان المنطقة العربية، من متوسط ٦٨ عاماً في عام ١٩٩٥ إلى متوسط ٧٢,٥ عاماً في عام ٢٠١٥. وتشير البيانات الصادرة عن منظّمة الصّحّة العالميّة في عام ٢٠١٩ أن متوسط العمر المتوقع للإناث عند الولادة في منطقة شرق البحر المتوسط يبلغ ٧١,٣١ عاماً.[١٦١]

ولكن أشار تقرير صادر في عام ٢٠٢٠ عن اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا حول أهداف التنمية المستدامة إلى أن مستويات الصحة والرفاهية لا تزال متفاوتة تفاوتاً كبيراً داخل البلدان وفيما بينها، إلى جانب تجزئة الخدمات الصحية ودفعها بالعرض في الغالب، هذا ويختلف الوصول إلى التغطية الصحية الشاملة على نطاق واسع داخل البلدان والفئات الاجتماعية وفيما بينها. لا تزال معظم النظم الصحية تركّز تركيزاً كبيراً على الخدمات الصحية العلاجية بدلاً من الرعاية الأولية والوقائية، ولا تولي اهتماماً كبيراً بالمحدِّدات الاجتماعية للصحة.[١٦٢]

لم يشهد انخفاض نسبة وفيات الأمومة، على الرغم من أنه يفوق المتوسط العالمي[١٦٣]، تقدماً ملحوظاً كغيره من المؤشرات، إذ لم يحقق سوى ثلاثة بلدان في المنطقة الأهداف الإنمائية للألفية (MDG) المتمثلة في خفض نسبة وفيات الأمومة (MMR) بمقدار ثلاثة أرباع في الفترة بين عام ١٩٩٠ وعام ٢٠١٥: إيران ولبنان وليبيا، مع اقتراب المملكة العربية السعودية والإمارات العربية المتحدة والكويت كثيراً من تحقيق الهدف (وإن كانت نسبة وفيات الأمومة هناك قليلة بالفعل). وفي الجزائر، بالرغم من عدم تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية، انخفضت نسبة وفيات الأمومة إلى النصف تقريباً بين عامي ١٩٩٩ و٢٠١٤ (من ١١٧ إلى ٦٤) لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي.[١٦٤]

---

[١٥٨] ارجع أيضاً إلى "مصر في أرقام (Egypt in Figures)"، عام ٢٠٢٠.

https://www.capmas.gov.eg/Pages/Publications.aspx?page_id=٥١٠٤&Year=٢٣٦٠٢

[١٥٩] اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا، "تقرير عام ٢٠٢٠ حول التنمية المستدامة العربية (Arab Sustainable Development Report ٢٠٢٠)"، عام ٢٠٢٠.

[١٦٠] اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا، "في مهب العواصف والأمواج: مراجعة حالة المرأة والمساواة بين الجنسين في المنطقة العربية (بكين بعد ٢٠ عاماً) (Against Wind and Tides: A Review of the Status of Women and Gender Equality in the Arab Region (Beijing +٢٠))"، عام ٢٠١٦.

[١٦١] منظّمة الصّحّة العالميّة، "قاعدة البيانات: المرصد الصحي العالمي - متوسط العمر المتوقع عند الولادة (Global Health Observatory Data Base: Life Expectancy at Birth)".

[١٦٢] اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا، "تقرير عام ٢٠٢٠ حول التنمية المستدامة العربية (Arab Sustainable Development Report ٢٠٢٠)"، عام ٢٠٢٠.

[١٦٣] وانخفض متوسط نسبة وفيات الأمومة بالمنطقة العربية من ٢٣٨ (عام ٢٠٠٠) إلى ١٥٦ (عام ٢٠١٥) لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي، مقارنة بالمتوسط العالمي الذي يبلغ ٢١٦ لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي في عام ٢٠١٥.

[١٦٤] منظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسف، تحقيق الأهداف المتعلقة بالأطفال بإنصاف في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، عام ٢٠١٦.

تمثل سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز (DALY) طريقة كمية لعرض عبء المرض واعتلال الصحة بين مجموعة معينة من السكان. ويجمع الحساب مجموعة من الإجراءات المتعلقة بالصحة (متوسط العمر المتوقع والأمراض والأوبئة والإعاقات والحوادث والزمن/العمر) لتوضيح العدد التراكمي لسنوات العمر المفقودة. ويمكن اعتبار عام واحد من سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز كعام مفقود من الحياة "الصحية".[١٦٥]

وفقاً لبيانات منظّمة الصّحّة العالميّة، فقد شهدت منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ومنطقة الدول العربية، في المتوسط، اتجاهاً إيجابياً نحو انخفاض عبء الأمراض، مع تحقيق أعلى مكاسب من جانب منطقة البلدان الأقل نمواً (الصومال واليمن والسودان وجيبوتي، على الرغم من انخفاضها في اليمن منذ بداية النزاع في عام ٢٠١٤). ويعكس ذلك انخفاضاً عالمياً في سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز على مدار الفترة نفسها؛ حيث أظهرت البلدان الأقل نمواً (ولا سيما في أفريقيا) أكبر انخفاض. وشهدت أيضاً بلدان أخرى في المنطقة، ولا سيما المغرب ومصر والعراق وإيران وتونس[١٦٦] انخفاضاً أقل ولكنه لا يزال محدداً في العبء الكلي للأمراض. ورغم ذلك، شهدت بعض البلدان زيادة في سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز والتي تتزامن مباشرة مع بداية النزاعات، ولا سيما في سوريا واليمن والصومال والسودان. وتمت ملاحظة اتجاهات مماثلة فيما يتعلق بمؤشرات صحية معينة. فعلى سبيل المثال، في سوريا التي شهدت اتجاهاً مطرداً نحو انخفاض نسبة وفيات الأمومة بين عامي ١٩٩٠ و٢٠١٠، ارتفعت النسبة حتى عام ٢٠١٦ من حوالي ٥٠/١٠٠,٠٠٠ إلى ٧٠/١٠٠,٠٠٠.[١٦٧]

يعرض الجدول أدناه مقياساً مصنّفاً حسب الجنس والعمر لسنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز لعام ٢٠١٧ على مستوى المنطقة بأكملها. ويكون العبء على الذكور عادةً أعلى في كل الفئات العمرية ويتركز في الفئات العمرية الأكبر والأصغر، وهذا يعكس ارتفاع مستويات الإصابة بالمرض والوفيات المرتبطة بالفئات العمرية في بداية الحياة (أقل من ٥) ونهايتها (أكبر من ٥٠).

الجدول ١,٣:

سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ومنطقة الدول العربية لعام ٢٠١٧ (لكل ١٠٠٠٠٠ شخص)

الجنس	دون سن ٥	من سن ٥ إلى ١٤ عاماً	من سن ١٥ إلى ٤٩ عاماً	من سن ٥٠ إلى ٦٩ عاماً	سن ٧٠ عاماً فأكثر
الذكور	٥٦,٦٣٥	٩,٨٤٩	٢٢,٣٠٦	٥٣,٧٠٤	١١١,٨٠٢
الإناث	٥٠,٧٧٣	٩,١٠٤	١٩,٣١٤	٤٢,٤٠٧	٨٧,٩٨٦

المصدر: تقديرات سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز وفقاً لمنظّمة الصّحّة العالميّة (عام ٢٠١٧)

حلت الأمراض غير السارية محل اضطرابات التغذية والأمراض السارية كأسباب رئيسة لوفاة النساء وإعاقتهن. وبالرغم من أن المنطقة شهدت انخفاضاً في سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز لأسباب، مثل: الإسهال والتهابات الجهاز التنفسي في الأعوام الأخيرة، أصبح مرض القلب الإقفاري والاضطرابات الاكتئابية الشديدة وداء السكري أكثر انتشاراً. يعكس هذا التحول الوبائي التحول الديموغرافي بسبب ارتفاع متوسط العمر المتوقع والتحول الغذائي.[١٦٨] وهناك عامل إضافي أساسي (يؤثر خصوصاً في وجود الأمراض غير السارية) ويتمثل في انخفاض مستوى النشاط البدني، وهي ظاهرة شائعة مع زيادة الثروة. تسجل عدة بلدان في المنطقة أعلى معدلات للخمول البدني والسمنة وداء السكري في العالم.[١٦٩]

وفي نهاية المطاف، تُعد حالات الطوارئ أو النزاعات أو الاضطرابات المدنية أحد المحدِّدات الأساسية للصحة في هذه المنطقة. ولا تزال النزاعات الجارية في اليمن والسودان وسوريا والعراق بالإضافة إلى آثارها والنزاعات السابقة، في البلدان المجاورة، تخلف آثاراً صحية جسيمة على السكان وبدرجة مفرطة على النساء والفتيات. وفي عام ٢٠١٧، كان حوالي ٨٥ في المائة من الإصابات (الجرحى والقتلى) المرتبطة بالنزاعات عالمياً ناتجاً عن النزاع في بلدان سوريا وأفغانستان والعراق واليمن والصومال.[١٧٠]

---

[١٦٥] ارجع إلى منظّمة الصّحّة العالميّة، "قاعدة البيانات: المرصد الصحي العالمي - تقديرات الصحة العالمية: متوسط العمر المتوقع والأسباب الرئيسة للوفاة والإعاقة (Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability -Base: Global Health Observatory data)".

[١٦٦] بيانات من مجلة ذا لانسيت - معاهد القياسات الصحية والتقييم، عبء المرض العالمي، عام ٢٠٢٠.

[١٦٧] تحقيق الأهداف المتعلقة بالأطفال بإنصاف في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، منظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسف، عام ٢٠١٦

[١٦٨] لارا نصر الدين، وآخرون. "الحالة التغذوية والاستهلاك الغذائي للأطفال في خضم التحول الغذائي: حالة منطقة شرق البحر الأبيض المتوسط (Nutritional status and dietary intakes of children amid the nutrition transition: the case of the Eastern Mediterranean Region)"، بحث التغذية ٥٧ (عام ٢٠١٨): ١٢-٢٧ ٥.

[١٦٩] منظمة الأغذية والزراعة والصندوق الدولي للتنمية الزراعية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسف وبرنامج الأغذية العالمي ومنظّمة الصّحّة العالميّة، "نظرة عامة إقليمية على الأمن الغذائي والتغذية في الشرق الأدنى وشمال أفريقيا لعام ٢٠١٩، إعادة التفكير في النظم الغذائية من أجل الحِميّات الصحية وتحسين التغذية (Regional Overview of Food Security and Nutrition in the Near East and North Africa ٢٠١٩ – Rethinking food systems for healthy diets and improved nutrition)"، لعام ٢٠٢٠.

[١٧٠] كندرا دوبوي وسيري آس راستاد، اتجاهات في النزاع المسلح، ١٩٤٦–٢٠١٧، اتجاهات النزاع، ٥. أوسلو، عام ٢٠١٨.

الأمراض السارية والأمراض غير السارية

لم تتغير أسباب الوفاة والإعاقة الناجمة عن الأمراض غير السارية في الفترة بين عامي ١٩٩٠ و٢٠١٧. في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ومنطقة الدول العربية، يُعزى أكثر من نصف إجمالي الوفيات في عام ٢٠١٢ إلى الأمراض غير السارية (NCD). وتتضمن الأمراض السارية أمراضاً معدية، مثل: السل والحصبة، في حين أن الأمراض غير السارية تكون غالباً أمراضاً مزمنة، مثل: أمراض القلب والأوعية الدموية والأمراض السرطانية وداء السكري.

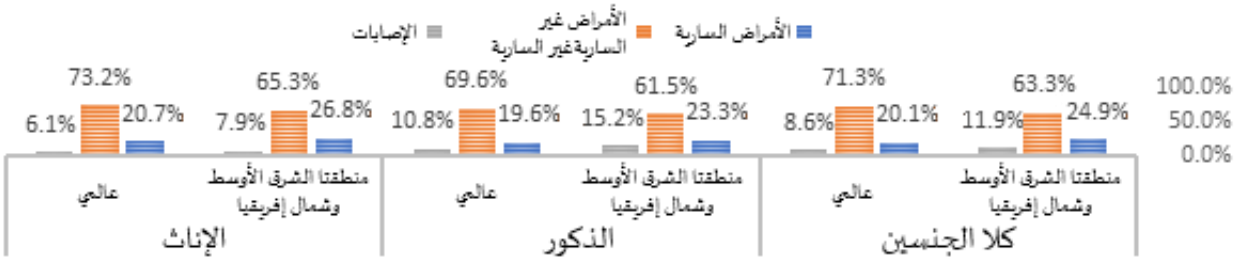
وتتبع أوبئة الأمراض السارية أنماطاً يمكن التنبؤ بها، وتنتشر بين قطاعات السكان الأكثر هشاشة عن طريق العوامل الناقلة للأمراض. ورغم ذلك، يمكن أن تؤثر الأنماط الاجتماعية والثقافية والعرقية والاجتماعية الاقتصادية الحديثة أيضاً في انتشار السلوكيات التي ينتج عنها مخاطر صحية، مثل: التدخين والتغذية غير المتوازنة والخمول البدني والإفراط في تناول الكحول. هذه بعض محدِّدات الأمراض غير السارية، ويزعم الكثير من الخبراء الآن أن مخالطة الأنماط الواردة أعلاه مع الأمراض المزمنة يعني أنها أيضاً سارية في حقيقة الأمر.[١٧١] ورغم ذلك، تقدم المصطلحات مقارنة مفيدة بين الأمراض التي تحددها عوامل أنماط الحياة بشكل أكبر وتلك الناجمة عن ناقل مستقل أو تنتقل من خلاله.

توضح بيانات منظّمة الصّحّة العالميّة المتعلقة بالأمراض السارية وغير السارية عوامل خطر واضحة مرتبطة بنوع الجنس وأوجه تفاوت كبيرة في الموقع والسن. في كل منطقة عربية فرعية، ترتفع نسبة وفيات الإناث الناجمة عن الأمراض السارية وغير السارية على حد سواء. ويصبح الرجال أكثر عرضة لخطر الوفاة بسبب الإصابات. وفيما يتعلق بالأمراض غير السارية، تسهم ثلاث أفكار خاطئة في إهمالها بين النساء:

- الاعتقاد الدائم أن المشكلات المتعلقة بالصحة التي تهم النساء تحددها قدرتهن على الإنجاب.
- الاعتقاد الخاطئ بأن الأمراض غير السارية، ولا سيما أمراض القلب والأوعية الدموية، تُعد أمراضاً تخص الرجال بصفة أساسية.
- الفكرة الخاطئة التي تفيد أن الأمراض غير السارية التي تصيب النساء لا تمثل مشكلة إلا في البلدان ذات الدخل المرتفع وتحدث نتيجة لخيارات أنماط الحياة.[١٧٢]

يبرز الرسم البياني الوارد أدناه توزيع الوفيات حسب الأسباب الناجمة عن نوعي الأمراض في جميع بلدان المنطقة مقارنة بالمجموع العالمي (لعام ٢٠١٦)، وهذا يبرز زيادة الوفيات الناتجة عن الأمراض غير السارية بوجه عام. تفوق احتمالات وفاة النساء في المنطقة المتوسط العالمي بسبب الأمراض السارية (٢٦,٨ في المائة مقابل ٢٠,٧ في المائة) وبسبب الإصابات.

الرسم البياني 1.1. سبب الوفاة: الأمراض السارية مقابل غير السارية (جميع الأعمار)



على مستوى كل بلد على حدة، كما هو الحال مع المؤشرات الأخرى، ثمة أوجه تفاوت كبيرة بسبب العديد من العوامل المؤثرة الاجتماعية والثقافية والاقتصادية وغيرها (المعروضة في الجدول أدناه). من بين الراشدين، تُعد الإناث في الصومال أكثر سكان البلدان عرضة لخطر الوفاة الناجمة عن الأمراض السارية، وتليها جيبوتي. وتواجه النساء في الإمارات العربية المتحدة والبحرين أعلى نسبة لخطر الوفاة نتيجة الأمراض غير السارية في المنطقة، وتليها مصر.

[١٧١] مايكل أكلاند، ويانغ باك تشوي، وبيكا بوسكا، إعادة التفكير في مصطلحي الأمراض غير السارية والأمراض المزمنة، مجلة علم الأوبئة وصحة المجتمع ٢٠٠٣،

[١٧٢] منظّمة الصّحّة العالميّة، "قاعدة البيانات: المرصد الصحي العالمي - حول مكافحة الأمراض غير السارية والوقاية منها (Data Base: Global Health Observatory -On the Prevention and Control of NCDs)."

الجدول ١,٤:

سبب الوفاة نتيجة الأمراض السارية وغير السارية

الأمراض السارية (النسبة المئوية للفئة العمرية ذات الصلة)						الأمراض غير السارية (النسبة المئوية للفئة العمرية ذات الصلة)					
المنطقة	البلد	الجنس/العمر				المنطقة	البلد	الجنس/العمر			
		الإناث		الذكور				الإناث		الذكور	
		١٥-٣٤	٣٥-٥٩	١٥-٣٤	٣٥-٥٩			١٥-٣٤	٣٥-٥٩	١٥-٣٤	٣٥-٥٩
بلدان مجلس التعاون الخليجي	عُمان	١٦,٧	٨,٤	٨	٧,٣	بلدان مجلس التعاون الخليجي	الإمارات العربية المتحدة	٦٦,٨	٩٠,٧	٣٩,٨	٧٧,٢
	الكويت	١٤,٧	٩,٦	٢,٧	٦,٥		البحرين	٦٤,٩	٩٠	٤١,٥	٧٨,٢
	المملكة العربية السعودية	١٢,٥	٧,٧	٣,٧	٥,١		قطر	٥٣	٨٨,٧	٢١,١	٦٦,٩
	البحرين	١١,١	٤,٥	٥,٤	٤,٩		عُمان	٤٩,٩	٨١,٣	٢٩,٣	٦٩,٦
	قطر	٩,٥	٢,٨	٣,٢	٢,٥		الكويت	٤٩,٩	٧٩,٥	٣٣	٧٢,٧
	الإمارات العربية المتحدة	٧,٣	٢,٦	٤,٩	٣,٢		المملكة العربية السعودية	٤٤,٢	٧٥,٣	١٩,٧	٦١,٧
المغرب العربي	الجزائر	٢٤,٥	٨,٢	٥,٣	٥,٧	المغرب العربي	المغرب	٥٢	٨٥,٤	٢٩,٥	٧٤,٩
	المغرب	٢١,٤	٦,٨	٨,٧	٧,٤		تونس	٥٢,٥	٨٤,٧	٢٧,١	٧٧,٨
	تونس	١٨,٩	٦,٣	٥	٤,٣		الجزائر	٤٩,١	٨٢,٤	٢٦,٤	٧٠,٤
	ليبيا	٨	٥,٧	٢,٣	٤,٨		ليبيا	٣٩,٣	٧٦,٦	١٣,٥	٥٧,٧
المشرق العربي	مصر	١٨,٦	٤,٢	٩,٧	٤	المشرق العربي	مصر	٥٨,٦	٩١,٨	٤٢,٣	٨٥,٥
	الأردن	١٤,٩	٥,١	٢,٩	٢,٩		لبنان	٥٧,٥	٨٩,٦	٢٨,٩	٨٢
	لبنان	١١,٧	٣,٩	٢,٨	٢,٢		الأردن	٤٩,٤	٨٤,١	٢٦,٨	٧٩,٣
	إيران	٩,٣	٥,١	٥,٥	٩,٨		إيران	٤٦,٦	٨٣,٢	٢٦,١	٦٧
	العراق	٨,٣	٤,٦	١,٣	٢,٩		العراق	٢١,٩	٦٦,١	٨	٤٩,٧
	سوريا	٣,٢	٢,١	٠,٤	١		سوريا	١٢	٥٠,٣	٥	٣٥,٩
البلدان الأقل نمواً	الصومال	٦٨,٥	٤٧,١	٤١	٤٢,٩	البلدان الأقل نمواً	اليمن	٤١,٢	٧٧,٨	٢٨,١	٧١,٥
	جيبوتي	٥٨,٣	٤٧	٤٠,٦	٤٠,٦		السودان	٤١,٨	٧٤,٨	٢٨,٣	٦٧,٥
	السودان	٣٧,٩	١٨,٧	١٥,٢	١٢,٨		جيبوتي	٢٦,٦	٤٦,٨	٣١,١	٤٨,٤
	اليمن	٣١,٧	١٣,٧	٨,٢	٦,٨		الصومال	١٥,٢	٤٤,٤	١٨,٣	٣٨,٨

المصدر: تقديرات الصحة العالمية وفقاً لمنظّمة الصّحّة العالميّة

الوفيات دون سن الخامسة

أشار تقرير صادر عام ٢٠١٦ عن منظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسف حول تحقيق الأهداف المتعلقة بالأطفال في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا[١٧٣] إلى أن نسبة الوفيات دون سن الخامسة "انخفضت إلى أكثر من النصف في المتوسط" بين عامي ١٩٩٠ و٢٠١٥؛ حيث حققت تسعة بلدان أحد أهداف التنمية المستدامة (المتمثل في خفض نسبة الوفيات دون سن الخامسة بمقدار الثلثين بحلول عام ٢٠١٥) واقتربت خمسة بلدان أخرى من تحقيق ذلك.

شهدت منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ومنطقة الدول العربية ككل اتجاهاً ثابتاً نحو انخفاض نسبة الوفيات دون سن الخامسة. قدّرت المجموعة المشتركة لوكالات الأمم المتحدة المعنية بتقدير وفيات الأطفال (IGME) نسبة عام ٢٠١٩ بمقدار ٢١,٨ في المنطقة، وهو أقل بكثير من نسبة الوفيات دون سن الخامسة على الصعيد العالمي التي تبلغ ٣٧,٦٥ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ مولود حي.[١٧٤]

تشير البيانات المعروضة في الشكل الوارد أدناه (بيانات عام ٢٠١٥) إلى أن نسب وفيات الأطفال دون سن الخامسة والأطفال حديثي الولادة

[١٧٣] منظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسف، تحقيق الأهداف المتعلقة بالأطفال بإنصاف في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، عام ٢٠١٦.

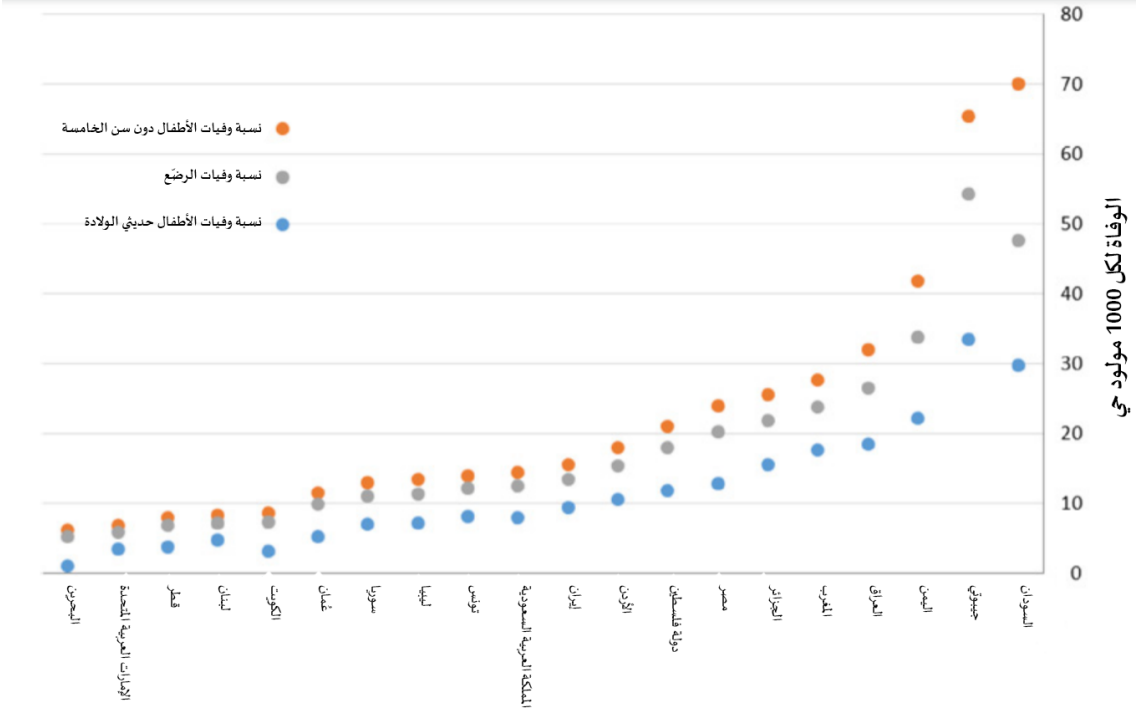
[١٧٤] المجموعة المشتركة لوكالات الأمم المتحدة المعنية بتقدير وفيات الأطفال، "البيانات العالمية لعام ٢٠١٨ (Global data for ٢٠١٨)".

والرضّع الأعلى من المتوسط بشكل ملحوظ تشهدها السودان وجيبوتي واليمن بدرجة أقل. وتتخطى هذه البلدان الثلاثة جميعها التقدير العالمي.

تشير أحدث التقديرات الصادرة عن المجموعة المشتركة لوكالات الأمم المتحدة المعنية بتقدير وفيات الأطفال إلى أن نسب الوفيات دون سن الخامسة لعام ٢٠١٩ في السودان بلغ ٥٨,٤١ لكل ألف مولود حي، و٥٧,٤٩ في جيبوتي و٥٨,٣٦ في اليمن. ويُعد البلد الأخير، على وجه الخصوص، البلد الوحيد في المنطقة الذي شهد ارتفاعاً كبيراً في نسبة وفيات الأطفال دون سن الخامسة في العقد الماضي (بعد أن كانت ٥٥,٢ في عام ٢٠١١).

الشكل ١,١:

نسبة وفيات الأطفال حديثي الولادة والرضّع والأطفال دون سن الخامسة حسب البلد، عام ٢٠١٥



ملحوظات: نسبة وفيات الأطفال حديثي الولادة = الوفيات بعمر ٠-٢٨ يوماً من الولادة؛ نسبة وفيات الرضّع = الوفيات بعمر ٠-٣٦٤ يوماً من الولادة؛ نسبة وفيات الأطفال دون سن الخامسة = الوفيات بعمر ٠-٤ أعوام من الولادة. تصنيف البلدان حسب إجمالي نسب وفيات الأطفال دون سن الخامسة.

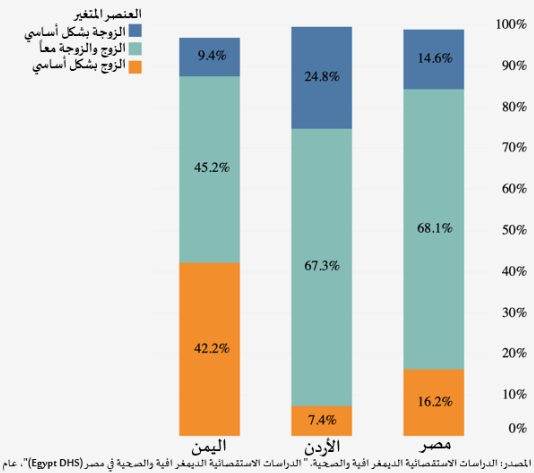
المصدر: منظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسف، ومنظّمة الصّحّة العالميّة، ومجموعة البنك الدولي، والأمم المتحدة. تقديرات المجموعة المشتركة لوكالات الأمم المتحدة المعنية بتقدير وفيات الأطفال (IGME) في عام ٢٠١٥. http://www.childmortality.org.

الممارسات/الأعراف الاجتماعية والثقافية

سلطة صنع القرار

الشكل 1.2: صنع القرارات المتعلقة بالرعاية الصحية

تصف هذه الصورة النسبة المئوية للنساء المتزوجات حالياً التي تكون فيها الجهة الفاعلة المحدّدة هي الجهات التي تصنع القرارات المتعلقة بالرعاية الصحية بشكل رئيس (%).



المصدر: الدراسات الاستقصائية الديمغرافية والصحية. " الدراسات الاستقصائية الديمغرافية والصحية في مصر (Egypt DHS)"، عام 2014. " الدراسات الاستقصائية الديمغرافية والصحية في اليمن (Yemen DHS)"، عام 2018. " الدراسات الاستقصائية الديمغرافية والصحية في الأردن (Jordan DHS)، عام 2017. تم الوصول إليها من خلال واجهة برمجة تطبيقات البنك الدولي.

على الرغم من التشريعات والسياسات التي تضمن مستوى من الاستقلالية في صنع القرار، فإن الاستطلاعات التي أُجريت في الدول العربية تشير إلى أن النساء تتمتع بمستويات محدودة من الاستقلالية فيما يتعلق بالقرارات المتعلقة بصحتها. فعلى سبيل المثال، أكدت ٣٦,٦ في المائة من النساء في اليمن، اللواتي تمت مقابلتهن في الدراسات الاستقصائية الديمغرافية والصحية التي أُجريت عام ٢٠١٣، على مشكلة الحاجة إلى الحصول على إذن غير رسمي من الأقارب الذكور للحصول على الرّعاية الصّحية. وهذا يتناقض مع الأردن؛ حيث ذكرت ٦٧,٣ في المائة من النساء أنهن يتمتعن بالاستقلالية الكاملة في اتخاذ القرارات التي تؤثر فيهن، بما في ذلك الرّعاية الصّحية.[١٧٥] ووفقاً للبيانات المتعلقة بالنساء المتزوجات الخاصة باستطلاعات الدراسة الاستقصائية الديمغرافية والصحية (DHS) في مصر والأردن واليمن، تتخذ النساء ما بين ٩,٤ في المائة و٤٠,٠ في المائة من القرارات المتعلقة بصحتهن بأنفسهن. ويتخذ الزوج ما بين ١١ في المائة و٤٢,٢ في المائة من القرارات.

الجدول ١,٧:

صنع النساء للقرار بشأن المشكلات الصحية

البلد	قرار شخصي	قرار مشترك (مع الزوج)
مصر (٢٠١٤)	٢٣ في المائة	٧٥ في المائة
اليمن (٢٠١٣) (الرّعاية الصّحية فقط)	٩,٤ في المائة	٤٥,٢ في المائة
الأردن (٢٠١٧)	٨,٤ في المائة	٨٥ في المائة

المصدر: الدراسة الاستقصائية الديمغرافية والصحية.

يعرض الجدول ١,٧ بيانات حول صنع القرار بين النساء المتزوجات في الأردن ومصر واليمن. ويوضح سيطرة النظام الأبوي في اليمن ومستويات أعلى من الاستقلالية التي تتمتع بها النساء في الأردن. ففي مصر، يشترك الزوج والزوجة في عملية اتخاذ القرار المهيمنة ويرتبط ارتفاع مستوى الاستقلالية بارتفاع مستويات التعليم والمعيشة الحضرية وارتفاع دخل الأسرة.[١٧٦]

هناك مؤشر محدد لأهداف التنمية المستدامة في إطار ذلك وهو ٥,٦,١: إن نسبة النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و٤٩ عاماً يتخذن قراراتهن المستنيرة بأنفسهن بشأن العلاقات الجنسية واستخدام وسائل منع الحمل والرّعاية الصّحية الإنجابية. يتم جمع البيانات المتعلقة بهذا المؤشر من خلال تقارير الدراسة الاستقصائية الديمغرافية والصحية المتوفرة فقط في الأردن (٢٠١٧) ومصر (٢٠١٥) واليمن (٢٠١٣). وفيما يأتي نتائج البلدان الثلاثة بشأن العنصر المحدد للمؤشر المتعلق بالقرارات حول استخدام وسائل منع الحمل (في حالة اليمن، لم تُطرح سوى أسئلة بشأن القرارات المتعلقة بالرّعاية الصّحية العامة):

وعلى النقيض من مستوى البيانات الموثقة والنوعية، لا توجد سوى بيانات قليلة متسقة ومتينة وقابلة للمقارنة بشأن مسألة الأعراف والممارسات المتعلقة بقرارات الرّعاية الصّحية والمعلومات المتعلقة بها وإمكانية الحصول على خدماتها داخل المنطقة. فعلى سبيل المثال، خصص العديد من الجهات المعنية موارد لمعالجة وصمة العار المتصورة أو نقص المرافق المتعلقة بالدورة الشهرية وإدارة النظافة الشخصية أثناء الدورة الشهرية،[١٧٧] ولكن هناك نقص في البيانات الكمية العالمية أو الإقليمية حول تفاصيل التحديات المتعلقة بالأعراف والممارسات الاجتماعية والثقافية والمتعلقة بوصمة العار.

التدخين

الجدول ١,٨:

معدل انتشار التدخين المقدر بحسب العمر وفقاً لمنظّمة الصّحّة العالميّة بين الأشخاص الذين يبلغون من العمر ١٥ عاماً أو أكبر (مدخنو التبغ الحاليون)[١٧٨]

		الذكور	الإناث	الإجمالي	عام البيانات
بلدان مجلس التعاون الخليجي	الإمارات العربية المتحدة	٢٩,١ في المائة	٠,٦ في المائة	١٤,٨ في المائة	٢٠١٧
	البحرين	٣٣,٨ في المائة	٤,٠ في المائة	١٨,٨ في المائة	٢٠١٧
	قطر	٢٥,٥ في المائة	٠,٧ في المائة	١٣,١ في المائة	٢٠١٧
	عُمان	١٥,٢ في المائة	٠,٣ في المائة	٧,٨ في المائة	٢٠١٧
	الكويت	٣٦,٥ في المائة	٢,٢ في المائة	١٩,٣ في المائة	٢٠١٧
	المملكة العربية السعودية	٢٤,٠ في المائة	١,٣ في المائة	١٢,٧ في المائة	٢٠١٧
المغرب العربي	المغرب	٢٧,٤ في المائة	١,١ في المائة	١٤,٢ في المائة	٢٠١٧

[١٧٥] "الدراسة الاستقصائية الديمغرافية والصحية (Demographic and Health Survey)"، الأردن، عام ٢٠١٧.

[١٧٦] "الدراسة الاستقصائية الديمغرافية والصحية (Demographic and Health Survey)"، مصر، عام ٢٠١٤

[١٧٧] على سبيل المثال، ارجع إلى منظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسف، "برنامج إدارة النظافة الشخصية أثناء الدورة الشهرية "MHM" يمكّن الفتيات من تحقيق كامل إمكاناتهن (PROGRAMME ENABLES GIRLS TO REACH THEIR FULL POTENTIAL "MHM"YGIENE MANAGEMENT MENSTRUAL H)"، عام ٢٠١٩.

[١٧٨] الملحق العاشر لتقرير منظّمة الصّحّة العالميّة بشأن وباء التبغ العالمي، عام ٢٠١٩.

	تونس	٤٣,٨ في المائة	٢,٠ في المائة	٢٢,٩ في المائة	٢٠١٧
	الجزائر	٢٨,٤ في المائة	٠,٩ في المائة	١٤,٧ في المائة	٢٠١٧
	ليبيا	غير متاح	غير متاح	٢٥,١ في المائة	٢٠٠٩
المشرق العربي	مصر	٤٢,٣ في المائة	٠,٤ في المائة	٢١,٤ في المائة	٢٠١٧
	لبنان	٣٩,٠ في المائة	٢٥,٤ في المائة	٣٢,٢ في المائة	٢٠١٧
	الأردن	٤٩,٦ في المائة	٥,٧ في المائة	٢٩,٠ في المائة	٢٠٠٧
	إيران	٢٠,٣ في المائة	١,٥ في المائة	١٠,٩ في المائة	٢٠١٧
	العراق	٣٤,٨ في المائة	٢,٦ في المائة	١٨,٧ في المائة	٢٠١٧
	سوريا	٤٨,٠ في المائة	٨,٩ في المائة	٢٤,٧ في المائة	٢٠٠٣
البلدان الأقل نمواً	اليمن	٢٧,٣ في المائة	٦,٣ في المائة	١٦,٨ في المائة	٢٠١٧
	السودان	١٧,١ في المائة	٠,٧ في المائة	٩,٦ في المائة	٢٠١٦
	جيبوتي	١٨,٠ في المائة	٢,٠ في المائة	غير متاح	٢٠١٢
	الصومال	غير متاح	غير متاح	غير متاح	غير متاح

إن تدخين التبغ (باستثناء الاستخدامات الأخرى) في المنطقة، بنسبة ١٩,٨ في المائة من إجمالي سكان المنطقة البالغين من العمر ≥ ١٥ عاماً، أي ٨٢ مليون مدخن إجمالاً، يُعد أقل قليلاً من المتوسط العالمي الذي يبلغ ٢١,٩ في المائة.[١٧٩] تشير تقديرات منظّمة الصّحّة العالميّة إلى أنه في عام ٢٠٢٠ سيصبح هناك ٩٤ مليون مدخن في المنطقة. تقل نسبة التدخين بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ١٣ و١٥ عاماً في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ومنطقة الدول العربية، التي تبلغ ٤,٥ في المائة (٧,٠/١,٩ في المائة للفتيان/الفتيات)، عن المتوسط العالمي الذي يبلغ ٦,٨ في المائة (٩,٣/٤,٢ في المائة للفتيان/الفتيات).[١٨٠]

انخفض المعدل العالمي لانتشار تدخين التبغ بحسب العمر بشكل مطرد منذ عام ٢٠٠٠. تشير تقديرات منظّمة الصّحّة العالميّة إلى أن معدلات التدخين انخفضت بمقدار ٦,٧ في المائة عالمياً بين عامي ٢٠٠٠ و٢٠١٥. ورغم ذلك، لا تشهد منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ومنطقة الدول العربية هذا الاتجاه العام؛ حيث تبدو الاتجاهات ثابتة أو متزايدة.[١٨١] وتشير توقعات منظّمة الصّحّة العالميّة إلى أن ٣٦,٢ في المائة من السكان الذين يبلغون من العمر ≥ ١٥ عاماً سيصبحون مدخنين بحلول عام ٢٠٢٥ إذا لم تُنفذ الجهود الرامية إلى مكافحة التبغ، أي أقل بنسبة ١٣ في المائة من هدف منظّمة الصّحّة العالميّة في هذه الفترة الزمنية.[١٨٢]

يعرض الجدول ١,٨ البيانات المقدرة الخاصة بكل بلد حول التدخين بين الأشخاص الذين يبلغون من العمر ≥ ١٥ عاماً. يدخن الرجال بمعدلات أعلى بكثير (٣٣,٩ في المائة) من النساء (٢,٣ في المائة) في المنطقة. ولكن هناك استثناءات كما هو الحال في لبنان؛ حيث تدخن فيها النساء بنسبة ٢٦,٩ في المائة. وهذا أعلى بكثير من المتوسط العالمي للنساء التي تدخن الذي يبلغ ٦,٤ في المائة.[١٨٣]

تتمثل البلدان التي سجلت أعلى معدلات تدخين في الأردن (٤٩,٦ في المائة) وسوريا (٤٨ في المائة) وتونس (٤٣,٨ في المائة)، على الرغم من أن الافتقار إلى البيانات الحديثة بشأن الأردن وسوريا (٢٠٠٧ و٢٠٠٣ على التوالي) يعني أن هذه المعدلات غير دقيقة.

يعرقل الافتقار إلى البيانات حول انتشار التدخين التحديد الدقيق للسياسات في المنطقة، فبعض البلدان لم تستكمل الاستطلاعات لمدة عقد أو أكثر.

يعني الافتقار إلى البيانات والجهود الرامية إلى مكافحة التبغ المحدودة في المنطقة أن ليس من المرجح أن يحقق أي بلد من بلدان المنطقة هدف الاتفاقية الإطارية بشأن مكافحة التبغ المتمثل في خفض معدل انتشار التدخين بنسبة ٣٠ في المائة بحلول عام ٢٠٢٥؛ حيث من المرجح أن يشهد بَلدان ارتفاعاً، ومن غير المرجح أن تشهد تسعة بلدان أي تغيير، ومن المرجح أن تشهد ثلاثة بلدان فقط انخفاضاً طفيفاً في معدل الانتشار (لم تكن لدى البلدان المتبقية بيانات كافية يمكن الاستناد إليها لوضع التوقعات).[١٨٤]

[١٧٩] معدل انتشار تدخين التبغ بحسب العمر بين الأشخاص الذين يبلغون من العمر ١٥ عاماً فأكثر (في المائة)، وفقاً لمنطقة منظّمة الصّحّة العالميّة، عام ٢٠١٦.

[١٨٠] منظمة الصحة العالمية، "التقرير العالمي حول اتجاهات انتشار تدخين التبغ للفترة من ٢٠٠٠ إلى ٢٠٢٥ (ort on trends in prevalence of tobacco smoking Global rep ٢٠٠٠-٢٠٢٥)"، الطبعة الثانية، عام ٢٠١٨.

[١٨١] المرجع نفسه

[١٨٢] المرجع نفسه

[١٨٣] منظمة الصحة العالمية، تقرير حول وباء التبغ العالمي، عام ٢٠١٩.

[١٨٤] "التقرير العالمي حول اتجاهات انتشار تدخين التبغ للفترة من ٢٠٠٠ إلى ٢٠٢٥ (bal report on trends in prevalence of tobacco smoking Glo ٢٠٠٠-٢٠٢٥)"، الطبعة الثانية، منظمة الصحة العالمية، عام ٢٠١٨.

النشاط البدني

يُعد نقص النشاط البدني أحد عوامل الخطر الرئيسة للإصابة بمجموعة من الأمراض المزمنة، مثل: أمراض القلب والأوعية الدموية والسرطان وداء السكري والوفاة المبكرة، في مختلف أنحاء العالم.[١٨٥] وعلى العكس من ذلك، تعود ممارسة النشاط البدني بفوائد جمة على الصحة وتسهم في الوقاية من مجموعة من الأمراض غير السارية. ويعرف النشاط البدني الكافي بالنسبة إلى الراشدين على أنه ممارسة ١٥٠ دقيقة من النشاط البدني المعتدل بحد أدنى، أو ٧٥ دقيقة على الأقل من النشاط البدني الشديد أسبوعياً، أو مزيج من الاثنين معاً.

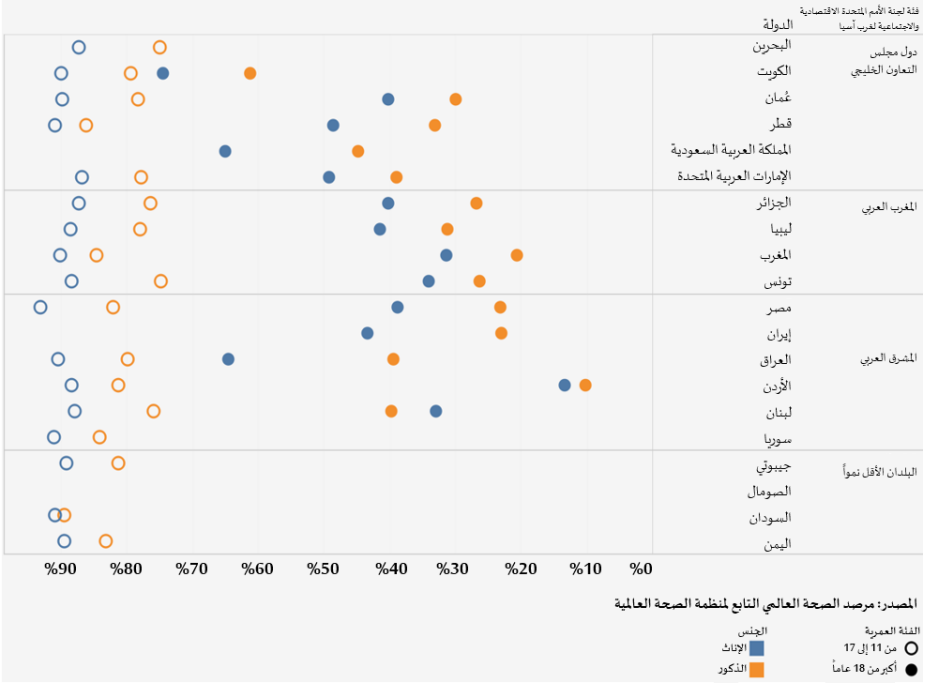
وفقاً لمنظّمة الصّحّة العالميّة، كان ٢٣ في المائة من الرجال و٣٢ من النساء الراشدات غير نشطين بدنياً بما يكفي في عام ٢٠١٦ على مستوى العالم. وفي منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ومنطقة الدول العربية، تجاوزت المعدلات المتوسط العالمي بدرجة كبيرة: حيث بلغت النسبة ٢٦,٩ في المائة من الرجال و٤٣,٥ في المائة من النساء. ويُعزى هذا الارتفاع في الخمول البدني إلى طبيعة الجلوس لفترات طويلة التي أصبحت متزايدة في العديد من أشكال العمل وتغيير وسائل النقل وزيادة التوسع الحضري.

يؤدي اليافعون أداءً ضعيفاً بصفة خاصة عند ممارسة النشاط البدني الملائم. وهذا صحيح على الصعيد العالمي؛ حيث إن ٨١ في المائة من اليافعين الذين تتراوح أعمارهم بين ١١ و١٧ عاماً لا يمارسون النشاط بدرجة كافية (٧٧,٦ في المائة من الفتيان؛ و٨٤,٧ في المائة من الفتيات)، ويُعد الوضع أسوأ في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ومنطقة الدول العربية بمعدل ٨٧ في المائة (٨٤,٣ في المائة من الفتيان؛ و٨٩,٩ في المائة من الفتيات). ومن المرجح أن يؤدي ذلك إلى حدوث مشكلات صحية بدرجة كبيرة في الحياة لاحقاً.

على أساس قطري، وبالنسبة إلى الراشدين، تُعد الكويت من أسوأ البلدان من حيث الأداء على الإطلاق في المنطقة وعلى مستوى العالم أيضاً: حيث لا يمارس ٦٧ في المائة (٦١,٣ في المائة من الذكور/٧٤,٦ في المائة من الإناث) تمارين بدنية بدرجة كافية، على الرغم من أن نسبة اليافعين في الكويت أقرب إلى المتوسط العالمي. ويؤدي أيضاً الراشدون في المملكة العربية السعودية والعراق (النساء بصفة رئيسة) أداءً ضعيفاً بشكل خاص؛ حيث يحتلون المرتبتين الثانية والثالثة على التوالي وفقاً للتصنيف العالمي المتعلق بالنشاط البدني غير الكافي. ومن بين اليافعين، تُعد السودان من أسوأ الحالات على مستوى العالم، وكذلك لا تشارك الفتيات في مصر في ممارسة النشاط البدني بالقدر نفسه. وبالنسبة إلى الراشدين واليافعين، يفوق أداء الذكور دائماً أداء الإناث من حيث مستوى النشاط الذي يمارسونه، وهذا يشير إلى أن النتائج السلبية المرتبطة بالنشاط البدني غير الكافي ستظهر بين النساء أكثر من الرجال.

الشكل 1.3: انتشار النشاط البدني غير الكافي بين الراشدين واليافعين

يوضّح هذا المؤشر النسبة المئوية لليافعين والراشدين الذين يذهبون إلى المدرسة بعمر 18 فأكبر، الذين قدّرت منظمة الصحة العالمية بأنهم لا يستوفون توصيات منظمة الصحة العالمية فيما يتعلق بالنشاط البدني الخاص بالصحة، على سبيل المثال، ممارسة أقل من 60 دقيقة من النشاط البدني المعتدل إلى الشديد يومياً.



[١٨٥] كل البيانات الواردة في هذا القسم صادرة عن منظمة الصحة العالمية، عام ٢٠٢٠. يمكن الوصول إليها على الموقع الإلكتروني https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical_activity والموقع الإلكتروني https://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/physical_activity/en/

الخدمات والبرامج والمعلومات

على الرغم من التقدم المحرز في كمية الخدمات الصحية المتاحة للنساء والفتيات اللواتي يعشن في المنطقة خلال العقود الماضية ونوعيتها، ما زلن يواجهن العديد من العقبات للحصول على الرعاية اللازمة. تشمل بعض العقبات التي كثيراً ما يُستشهد بها في الأبحاث مسافات السفر الطويلة إلى مرافق الرّعاية الصّحية والتحديات المتعلقة بوسائل النقل، فضلاً عن الافتقار إلى مقدمي الرّعاية الصّحية من الإناث والمخاوف المتعلقة بدخول مرافق الرّعاية الصّحية بمفردهن (راجع الجدول ١,٩ الوارد أدناه). ويمكن ألا توضح الإحصاءات الإجمالية المتعلقة بالحصول على الرّعاية الصّحية اختلافات كبيرة في التغطية على المستوى دون الوطني. فعلى سبيل المثال، في منطقة وسط اليمن، تفيد نحو ٨٠ في المائة من النساء بأنهن يحصلن على الرّعاية الصّحية، بينما تفيد أقل من ٢٥ في المائة من النساء في المنطقة الشمالية بأنهن يحصلن على هذه الرعاية.[١٨٦] ولا يزال الشباب، ولا سيما غير المتزوجين، من الفئات السكانية المهملة إلى حد كبير من حيث الحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية والتعليم في المنطقة.[١٨٧]

يشكل الافتقار إلى الموارد المالية عائقاً رئيسياً آخر. وفي الوقع، لا يغطي التأمين الصحي العام في المنطقة في العادة إلا نسبة مئوية تتراوح بين ٣٠ و٤٠ في المائة من السكان، وهذا يجعل باقي الأفراد أو أصحاب أعمالهم يشتركون في مخططات التأمين الخاصة. فعلى سبيل المثال، ووفقاً لاستطلاع وطني أُجري في عام ٢٠١٠، لم تتمكن سوى ٤٥ في المائة من النساء في لبنان من تحمل تكاليف الأدوية والزيارات الطبية المنتظمة عندما لم يحصلن على استحقاقات التأمين الصحي من خلال عملهن. وهذا يدل على مدى تعرض النساء لخطر أكبر بسبب تغطية الضمان الاجتماعي المحدودة؛ حيث إن المشاركة الإقليمية للإناث في سوق العمل الرسمي منخفضة بنسبة ٢٣ في المائة.[١٨٨]

الجدول ١,٩:

التحديات المتصورة بشأن الحصول على الرّعاية الصّحية، على النحو الذي حددته النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و٤٩ عاماً واللواتي أبلغن عن مشكلات خطيرة بشأن الحصول على الرّعاية الصّحية لأنفسهن في حال مرضهن، في بلدان محددة (البيانات في الفترة من ٢٠١٣ إلى ٢٠١٥).[١٨٩]

البلد	الحصول على المال للعلاج	المسافة المقطوعة للوصول إلى المرفق الصحي	استخدام وسائل النقل	عدم الرغبة في الذهاب بمفردهن	عدم توفر مقدمي الرّعاية الصّحية من الإناث
مصر	١٠,٥ في المائة	١٨,٢ في المائة	٢٠,٩ في المائة	٣١,٣ في المائة	٢٨,٩ في المائة
الأردن	٢٢,٥ في المائة	٢٦,٤ في المائة	٢٨,٦ في المائة	٢٨,٨ في المائة	٢٩,٥ في المائة
اليمن	٥٦,١ في المائة	٥٨,٨ في المائة	-	٨٠,٢ في المائة	٦٢,٩ في المائة

المصدر: "في مهب العواصف والأمواج: مراجعة حالة المرأة والمساواة بين الجنسين في المنطقة العربية (بكين بعد ٢٠ عاماً) (Against Wind and Tides: A Review of the Status of Women and Gender Equality in the Arab Region (Beijing +٢٠))"، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا، عام ٢٠١٦

تكون النفقات الصحية من الأموال الخاصة لجميع الأشخاص (وليس النساء على وجه التحديد) مرتفعة غالباً في المنطقة (راجع الشكل ١,٤ الوارد أدناه)، باستثناء بعض البلدان التي تقدم الرّعاية الصّحية المجانية إلى مواطنيها، ولا سيما تلك البلدان التي تقع في منطقة مجلس التعاون الخليجي دون الإقليمية. وقد أدى ركود الاستثمار الحكومي أو تراجعه في القطاع الصحي إلى تفاقم هذه المشكلة في بعض الحالات. وفي المتوسط، تنفق بلدان المنطقة ٢,٩٧ في المائة من ناتجها المحلي الإجمالي على الصحة، في مقابل ٣,٥٣ في المائة على الصعيد العالمي.[١٩٠] وهذا الأمر يبعث على القلق بوجه خاص؛ لأن أوجه القصور في الرّعاية الصّحية والبرامج الاجتماعية قد تؤدي إلى زيادة العبء على النساء اللواتي يتحملن عادةً مسؤولية رعاية الأقارب.[١٩١] وعلى سبيل التوضيح، تشير البيانات المتاحة إلى أن ما بين ٦٠ في المائة و٩٧ في المائة من السكان في البلدان الأقل نمواً معرضون لخطر إنفاق مبالغ كارثية على الرعاية الجراحية (أي >٤٠ في المائة من دخل الأسرة المتبقي بعد الاحتياجات المعيشية)، مقارنة بالمتوسط العالمي الذي يبلغ ٢٨,١ في المائة في عام ٢٠١٧.[١٩٢]

---

[١٨٦] اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا، "في مهب العواصف والأمواج: مراجعة حالة المرأة والمساواة بين الجنسين في المنطقة العربية (بكين بعد ٢٠ عاماً) (Against Wind and Tides: A Review of the Status of Women and Gender Equality in the Arab Region (Beijing +٢٠))"، عام ٢٠١٦.

[١٨٧] التقرير الإقليمي: قوانين الصحة الجنسية والإنجابية وسياساتها في بلدان عربية محددة، صندوق الأمم المتحدة للسكان، عام ٢٠١٦

[١٨٨] اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا، "في مهب العواصف والأمواج: مراجعة حالة المرأة والمساواة بين الجنسين في المنطقة العربية (بكين بعد ٢٠ عاماً) (Against Wind and Tides: A Review of the Status of Women and Gender Equality in the Arab Region (Beijing +٢٠))"، عام ٢٠١٦.

[١٨٩] اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا، "في مهب العواصف والأمواج: مراجعة حالة المرأة والمساواة بين الجنسين في المنطقة العربية (بكين بعد ٢٠ عاماً) (Against Wind and Tides: A Review of the Status of Women and Gender Equality in the Arab Region (Beijing +٢٠))"، عام ٢٠١٦.

[١٩٠] منظمة الصحة العالمية، مستودع بيانات المرصد الصحي العالمي.

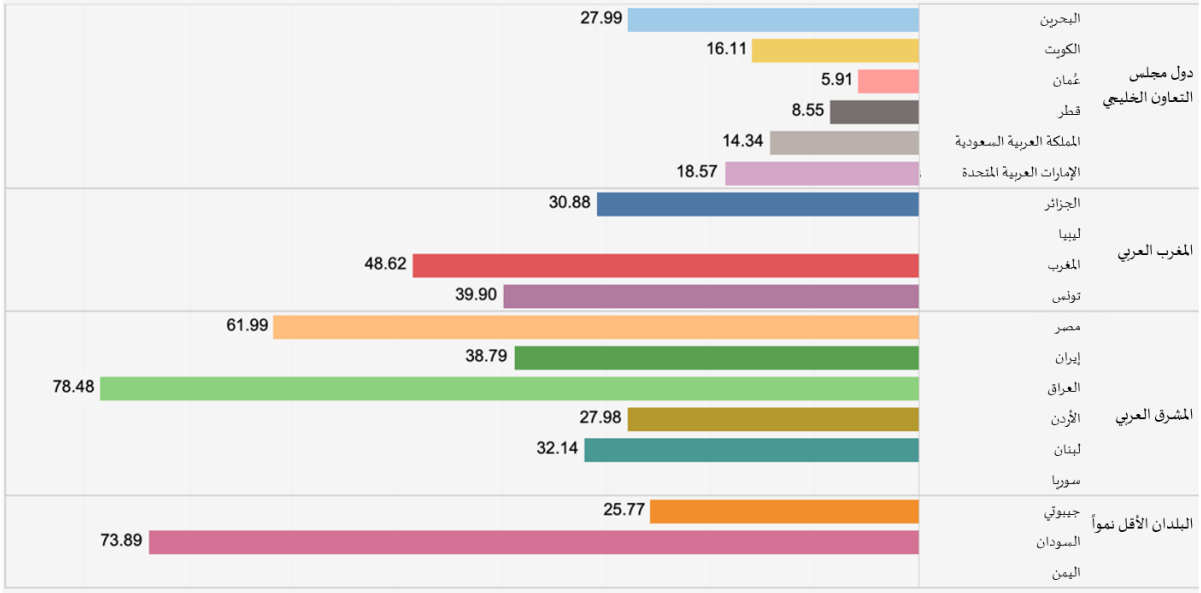
[١٩١] اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا، "في مهب العواصف والأمواج: مراجعة حالة المرأة والمساواة بين الجنسين في المنطقة العربية (بكين بعد ٢٠ عاماً) (Against Wind and Tides: A Review of the Status of Women and Gender Equality in the Arab Region (Beijing +٢٠))"، عام ٢٠١٦.

[١٩٢] بيانات البنك الدولي. يمكن الوصول إليها على الموقع الإلكتروني https://data.worldbank.org/indicator/SH.SGR.CRSK.ZS

هنـاك تفـاوت كبير داخـل المنطقـة فيمـا يتعلق بـالنفقـات من الأموال الخاصـــة على الرّعاية الصّـحية؛ حيث تتراوح بين ٥,٩ في المائة في عُمان و٨١,٠ في المائة في اليمن.

الشكل 1.4: النفقات النثرية المتعلقة بالرعاية الصحية

يوضّح هذا الرسم البياني النسبة المئوية للنفقات النثرية المتعلقة بالرعاية الصحية الحالية.



المصدر: قاعدة بيانات النفقات الخاصة بالصحة العامة التابعة لمنظمة الصحة العالمية

تغطية التطعيمات والتلقيح

تتراوح تغطية التلقيح للأمراض الخطيرة إلى الأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاح بين ٣٧ في المائة في الصومال (للقاح BCG ضد السل) و٩٩ في المائة في بلدان مجلس التعاون الخليجي.

تبلغ جميع بلدان المنطقة عن تغطية عالية للتلقيح ضد فيروس التهاب الكبد B٣، ولقاح BCG ضد السل، ولقاح ١DPT ولقاح ٣DPT الثلاثي ضد الدفتريا والسعال الديكي والكزاز، مع تحقيق معدلات تغطية تزيد على ٩٠ في المائة في جميع أنحاء المنطقة. أما البلدان التي تقل نسبة تغطية التلقيح فيها عن ٩٠ في المائة لهذه الأمراض الشائعة فهي العراق وسوريا وجيبوتي والصومال والسودان واليمن.

الجدول ١,١٠:

تغطية التلقيح بين الأطفال الذين تبلغ أعمارهم عاماً واحداً ()

اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا	البلد	لقاح ضد فيروس التهاب الكبد B٣	لقاح BCG ضد السل	١DPT	٣DPT	١MCV	٢MCV
بلـدان مجلس التعـاون الخليجي	البحرين	%٩٩	-	-	%٩٩	%٩٩	%٩٩
	الكويت	%٩٩	%٩٩	%٩٩	%٩٩	%٩٩	%٩٩
	عُمان	%٩٩ في المائة	٩٩ في المائة	٩٩ في المائة	٩٩ في المائة	٩٩ في المائة	٩٩ في المائة
	قطر	٩٨ في المائة	٩٩ في المائة	٩٩ في المائة	٩٨ في المائة	٩٩ في المائة	٩٥ في المائة
	المملكة العربية السعودية	٩٧ في المائة	٩٨ في المائة	٩٦ في المائة	٩٦ في المائة	٩٨ في المائة	٩٧ في المائة
	الإمارات العربية المتحدة	٩٩ في المائة	٩٥ في المائة	٩٩ في المائة	٩٩ في المائة	٩٩ في المائة	٩٩ في المائة
المغرب العربي	الجزائر	٩١ في المائة	٩٩ في المائة	٩٦ في المائة	٩١ في المائة	٨٠ في المائة	٧٧ في المائة
	ليبيا	٩٧ في المائة	٩٩ في المائة	٩٨ في المائة	٩٧ في المائة	٩٧ في المائة	٩٦ في المائة

	المغرب[١٩٣]	٩٩ في المائة	٩٩ في المائة	٩٩ في المائة	٩٩ في المائة	٩٩ في المائة	٩٩ في المائة
	تونس	٩٧ في المائة	٩٢ في المائة	٩٨ في المائة	٩٧ في المائة	٩٦ في المائة	٩٩ في المائة
المشرق العربي	مصر	٩٥ في المائة	٩٥ في المائة	٩٦ في المائة	٩٥ في المائة	٩٤ في المائة	٩٤ في المائة
	إيران	٩٩ في المائة	٩٩ في المائة	٩٩ في المائة	٩٩ في المائة	٩٩ في المائة	٩٨ في المائة
	العراق	٨٤ في المائة	٩٥ في المائة	٩٢ في المائة	٨٤ في المائة	٨٣ في المائة	٨١ في المائة
	الأردن	٩٦ في المائة	٩٤ في المائة	٩٨ في المائة	٩٦ في المائة	٩٧ في المائة	٩٦ في المائة
	لبنان	٨٠ في المائة	-	-	٨٣ في المائة	٨٢ في المائة	٦٣ في المائة
	سوريا	٤٧ في المائة	٧٩ في المائة	٦٧ في المائة	٤٧ في المائة	٦٣ في المائة	٥٤ في المائة
البلدان الأقل نمواً	جيبوتي	٨٤ في المائة	٩٣ في المائة	٩١ في المائة	٨٤ في المائة	٨٦ في المائة	٨١ في المائة
	الصومال	٤٢ في المائة	٣٧ في المائة	٥٢ في المائة	٤٢ في المائة	٤٦ في المائة	-
	السودان	٩٣ في المائة	٨٨ في المائة	٩٧ في المائة	٩٣ في المائة	٨٨ في المائة	٧٢ في المائة
	اليمن	٦٥ في المائة	٦٤ في المائة	٧٥ في المائة	٦٥ في المائة	٦٤ في المائة	٤٦ في المائة

المصدر: المرصد الصحي العالمي لمنظمة الصحة العالمية (٢٠١٨)

الإعاقة

يمثّل حصول النساء والفتيات ذوي الإعاقة على الرّعاية الصّحية عادةً تحديات كبيرة تتفاقم بسبب الافتقار إلى الخدمات أو عدم وجودها. وعلى الرغم من توقيع كل بلدان المنطقة على اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، فإن تفعيل هذا الصك وتنفيذه محدودان للغاية. يتعايش أكثر من ١٠٠ مليون نسمة (١٥% في المائة من عدد السكان) في منطقة شرق المتوسط التابعة لمنظّمة الصّحّة العالميّة مع شكل ما من أشكال الإعاقة. وأبرزت البيانات الصادرة عن تقرير منظّمة الصّحّة العالميّة حول الإعاقة لعام ٢٠١١ أن ٥٠ في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة لا يمكنهم تحمل تكاليف الرّعاية الصّحية ويواجهون تحديات تعوق حصولهم على تلك الخدمات.[١٩٤] وتختلف هذه التحديات بين مستويات الدخل، والمجتمعات الريفية والحضرية، والبلدان ذات الموارد الفقيرة والبلدان الغنية والنامية والمتقدمة والصناعية والزراعية.[١٩٥] وتشير التقارير إلى تزايد حالات الإعاقة الناتجة عن النزاع والاحتلال والعمليات الإرهابية في عدد من البلدان العربية.[١٩٦]

إضافة إلى ذلك، تشير الأدلة الموثقة إلى وجود ثغرات كبيرة في الخدمات الصحية غير الرئيسة، مثل: علاج إعادة التأهيل/العلاج الطبيعي/العلاج المهني والأجهزة المساعدة (أجهزة المساعدة السمعية والكراسي المتحركة والنظارات وما إلى ذلك) والأدوية المختصة فضلاً عن التدخلات الجراحية التي لا توفرها وزارات الصحة بشكل منتظم أو التي يغطيها مقدمو خدمات التأمين الصحي.

المناطق الريفية مقابل المناطق الحضرية

يبين الدليل العربي حول الفقر متعدد الأبعاد أن الخدمات الصحية أقل بشكل عام في المناطق الريفية، وهذا يعكس ارتفاع ظاهرة عدم المساواة المكانية؛ حيث ينتشر الفقر والفقر المدقع بشكل أكبر في المناطق الريفية. ولذا، تحصل النساء في الريف على الرّعاية الصّحية بدرجة أقل من نظيراتها في المناطق الحضرية.[١٩٧]

المناطق الإنسانية والمناطق المتأثرة بالنزاع

في العديد من بلدان المنطقة، أثرت النزاعات المسلحة بشكل غير مسبوق في حصول النساء والفتيات على خدمات الرّعاية الصّحية، وهذا يهدد حياتهن ويقوض الاستثمارات التي استمرت عقوداً طويلة. وفي سوريا، كشف تقييم أجرته منظّمة الصّحّة العالميّة في عام ٢٠١٥ أن ٤٣ في المائة فقط من المستشفيات العامة تؤدي مهامها على الوجه الأكمل. حيث يعمل اثنان وثلاثون في المائة من المستشفيات بشكل جزئي بسبب نقص في المعدات أو المستلزمات أو الموظفين، في حين أن النسبة المتبقية التي تبلغ ٢٥ في المائة لا تعمل على الإطلاق. بالإضافة إلى ذلك، يتعذر الوصول إلى ٢٢ في المائة من مرافق الرّعاية الصّحية في هذا البلد.

ألحقت العمليات العسكرية المتكررة التي تشنها إسرائيل ضرراً بالغاً بالبنية التحتية الصحية في قطاع غزة. حيث تضرر ما لا يقل عن ١٥ مستشفى من أصل ٣٢ مستشفى في تلك المنطقة خلال الحرب التي

---

[١٩٣] ارجع أيضاً إلى: "الاستطلاع الوطني حول الصحة والسكان لعام ٢٠١٨ لمعرفة المزيد من الإحصاءات في المغرب (National Survey on Population and Health ٢٠١٨ for more numbers on Morocco)".

[١٩٤] منظّمة الصّحّة العالميّة، "العنف والإصابات والإعاقة (Violence, injuries and disability)"، عام ٢٠٢٠. يمكن الوصول إليه على الموقع الإلكتروني http://www.emro.who.int/entity/violence-injuries-disability/index.html#

[١٩٥] "التقرير العربي حول الفقر المتعدد الأبعاد (Arab Multidimensional Poverty Report)"، عام ٢٠١٧

[١٩٦] المرجع نفسه

[١٩٧] المرجع نفسه

استمرت من شهر يوليو إلى شهر أغسطس في عام ٢٠١٤، وهذا شكل ضغوطاً إضافية على المرافق الصحية المتبقية. وإضافة إلى ذلك، تسببت أعوام الحصار في عجز مزمن في الإمدادات الطبية الأساسية وتأخر وصول المرضى إلى المستشفيات على الجانب الآخر من نقاط التفتيش العسكرية.[١٩٨]

بسبب النزاع في اليمن الذي بدأ في عام ٢٠١٥، وصلت البنية التحتية الصحية في اليمن إلى حافة الانهيار. وبدءاً من عام ٢٠١٩، تؤدي ٥١ في المائة فقط من المرافق الصحية في البلاد مهامها على الوجه الأكمل. وكان حصول معظم السكان اليمنيين على الخدمات الصحية محدوداً بسبب الظروف الاقتصادية القاسية التي تؤثر في قدرتهم على طلب الخدمات الصحية. ويتفاقم هذا الوضع بسبب ارتفاع تكاليف النقل، وضعف البنية التحتية للطرق وانعدام الأمن، وحواجز الطرق، وتقدم الجبهة الأمامية.[١٩٩]

تأثير جائحة فيروس كورونا المستجد كوفيد ١٩

أثرت جائحة عام ٢٠٢٠ الناجمة عن مرض فيروس كورونا المستجد كوفيد ١٩ في عام ٢٠١٩ في المنطقة بشدة، نظراً إلى أن العديد من بلدانها تأثرت بشكل مباشر أو غير مباشر بحالات الطوارئ الإنسانية المعقدة، مع تعرض النظم الصحية الهشة لإمكانات دون المستوى الأمثل لمراقبة الأمراض والتأهب والتصدي لها.

انتشر الفيروس، الذي دخل مرحلة الوباء في مارس ٢٠٢٠، إلى جميع بلدان المنطقة البالغ عددها ٢٢ بلداً بحلول أوائل مايو. وبحلول أواخر عام ٢٠٢٠، تم تسجيل أكثر من أربعة ملايين حالة في جميع أنحاء المنطقة وأكثر من ١٠٠,٠٠٠ حالة وفاة. وكانت إيران أكثر البلدان تضرراً في المنطقة؛ حيث سجلت أكثر من ١,١ مليون حالة وأكثر من ٥٠,٠٠٠ حالة وفاة بدءاً من ديسمبر ٢٠٢٠.[٢٠٠]

أثرت الجائحة تأثيراً كبيراً في قدرة النظام الصحي في البلدان على الحفاظ على الخدمات الصحية الأساسية ومواصلة تقديمها. ومع زيادة الطلب على رعاية المرضى المصابين بفيروس كورونا المستجد كوفيد ١٩، كان من الضروري الحفاظ على الخدمات الوقائية والعلاجية للفئات السكانية الأكثر هشاشة بما في ذلك النساء والفتيات. لذا كان يتعين على البلدان تحقيق التوازن الأمثل بين التأهب للجائحة والتصدي لها وتوفير الخدمات الأساسية، وأهمها الصحة الجنسية والإنجابية بالإضافة إلى دعم الصحة النفسية والعقلية.

بالرغم من أن بلدان المنطقة تصدت للجائحة من خلال اتخاذ إجراءات سريعة وصارمة لتجنب انتشار الفيروس، فقد أثرت هذه الإجراءات تأثيراً كبيراً في النواتج الاجتماعية والاقتصادية التي ستؤدي إلى تفاقم التحديات الاقتصادية والإنسانية القائمة. وتتضمن التأثيرات المحددة المتعلقة بالصحة ما يأتي:[٢٠١]

- أدت الزيادات في أسعار المواد الغذائية إلى ارتفاع نسبة الأسر التي تستهلك أنظمة غذائية غير كافية إلى أعلى مستوياتها في الأعوام الخمسة الماضية (السودان واليمن وسوريا ولبنان).
- أسهم انخفاض أسعار النفط العالمية والطلب العالمي عليه إلى عرقلة الاستجابات الصحية، كما أدى إلى خفض ميزانية الصحة (العراق وليبيا).
- تحد القيود المفروضة على التنقل وتدابير التباعد الاجتماعي من فرص وصول الأسر إلى العمل والدخل المنتظم والتحويلات المالية والأسواق والمدارس والرّعاية الصّحية (في جميع البلدان).
- قد يؤدي انخفاض الدخل/استنفاد المدخرات وانخفاض قدرة الحكومة على التصدي لموجة ثانية إلى تفاقم الفقر وعدم المساواة، فضلاً عن تدهور الأمن الغذائي للأسر وزيادة الاحتياجات الصحية للأفراد.

[١٩٨] اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا، "في مهب العواصف والأمواج: مراجعة حالة المرأة والمساواة بين الجنسين في المنطقة العربية (بكين بعد ٢٠ عاماً) (Against Wind and Tides: A Review of the Status of Women and Gender Equality in the Arab Region (Beijing+٢٠))"، عام ٢٠١٦.

[١٩٩] منظّمة الصّحّة العالميّة، عام ٢٠٢٠: https:///www.who.int/bulletin/volumes/٩٣/١٠/١٥-٢١٠١٥٠/en/

[٢٠٠] مركز جونز هوبكنز لموارد فيروس كورونا، لوحة معلومات فيروس كورونا المستجد كوفيد ١٩ بواسطة مركز علوم النظم وهندستها، عام ٢٠٢٠.

[٢٠١] برنامج الأغذية العالمي، تحليل أوجه الضعف وإعداد خرائط تحليل الأمن الغذائي، تأثير فيروس كورونا المستجد كوفيد ١٩ في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا وآسيا الوسطى وأوروبا الشرقية، التحديث رقم ٧، عام ٢٠٢٠.

خدمات الصحة العقلية والدعم النفسي والاجتماعي

الركيزة ١

الصحة العقلية والدعم النفسي والاجتماعي[٢٠٢]

نظرة عامة

يحمي القانون الدولي لحقوق الإنسان والقانون الإنساني الدولي الحق في الصحة. ترد المادة الأكثر شمولاً فيما يتعلق بالحق في الصحة في العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية؛ حيث تعترف الدول الأطراف "بحق كل فرد في التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة البدنية والعقلية".[٢٠٣] ورغم ذلك، توضح البيانات أن النساء والفتيات في جميع أنحاء المنطقة يواجهن عقبات كبيرة في الحصول على خدمات الصحة العقلية والبرامج والمعلومات. وبينما يعاني الكثير من النساء في جميع أنحاء المنطقة من الاكتئاب والتوتر، تحول وصمة العار الثقافية حول الصحة العقلية في أغلب الأحيان دون الحصول على الخدمات والعلاج الفعال على حد سواء. بالإضافة إلى ذلك، قد يشير عدم وجود تشريعات تخص الصحة العقلية في نصف البلدان داخل المنطقة إلى جانب عدم وجود سياسات وخطط وطنية في ٣٠ في المائة من البلدان إلى أن نسبة كبيرة من النساء على الأرجح لا تتمتع بخدمات الوقاية والاستجابة.[٢٠٤] وبشكل عام، لا يتوفر الدعم النفسي والاجتماعي في جميع أنحاء المنطقة.[٢٠٥]

إلى جانب ذلك، يمكن أن تؤثر الأزمات الإنسانية، بما في ذلك الكوارث الطبيعية وحالات الطوارئ التي من صنع الإنسان (مثل النزاعات المسلحة) وحالات الطوارئ المعقدة (أي مجموعة من العوامل الطبيعية وتلك التي من صنع الإنسان) بدرجة كبيرة في السكان المتضررين، كما تؤدي إلى معاناة نفسية واجتماعية كبيرة لاحقة في كثير من الأحيان. وقد تفاقمت هذه الأزمات بسبب جائحة فيروس كورونا المستجد كوفيد ١٩، بالإضافة إلى أنها تشكل ضغوطاً على الصحة العقلية (وما يرتبط بها من ضغوط على الخدمات) في جميع البلدان. وقد تأثرت بالفعل خدمات الصحة العقلية المجتمعية والعيادات الخارجية النادرة بدرجة كبيرة. وتأثرت برامج الوقاية من الصحة العقلية وتعزيزها تأثيراً بالغاً في وقت كانت فيه البلدان في أمس الحاجة إليها. على الرغم من أن الدعوة العالمية لتضمين الصحة العقلية في إجراءات التصدي لفيروس كورونا المستجد كوفيد ١٩ قد أدت إلى تكامل أفضل في الخطط ومنصات التنسيق متعددة القطاعات وتجميع البيانات بانتظام، لا تزال هناك فجوة في الموارد المالية والبشرية المخصصة لدمج الصحة العقلية في الاستجابة لحالات الطوارئ وهذا يشكل تحدياً كبيراً وعائقاً أمام استمرارية تقديم الخدمات.[٢٠٦]

تعاني النساء من التوتر بشكل متكرر أكثر من الرجال في المنطقة. عندما تم طرح أسئلة على النساء والرجال في جميع أنحاء المنطقة[٢٠٧] بشأن عدد المرات التي أُصيبوا فيها خلال الأشهر الستة الماضية بالتوتر الشديد لدرجة أن كل شيء يبدو مرهقاً، أجابت النساء بعبارات "أحياناً" و"غالباً" و"معظم الوقت" أكثر من نظرائهن الذكور. وأعربت ٣٣ في المائة من النساء على وجه التحديد عن شعورهن بالتوتر لدرجة أن "كل شيء يبدو مرهقاً" أو "غالباً" أو "معظم الوقت" في المنطقة.

من المرجح أن تعاني النساء في منطقة المشرق والمغرب العربي من مستويات شديدة من التوتر؛ حيث تعاني ٣٨,٥ في المائة في منطقة المشرق و٣٥,٩ في المائة في منطقة المغرب العربي من مستويات عالية من التوتر (حيث أجابت النساء حسب التقارير عن تعرضهن لمستويات عالية من التوتر لدرجة أن كل شيء يبدو مرهقاً بعبارتي "غالباً" أو "معظم الوقت"). سجلت النساء في المغرب العربي أعلى مستويات بخصوص الإصابة بالتوتر (حيث يشعرن "معظم الوقت" بالتوتر الشديد لدرجة أن كل شيء يبدو مرهقاً) بنسبة ١٧,٠ في المائة، أي أعلى بنسبة ٥ في المائة من النساء في أي منطقة فرعية أخرى.

---

[٢٠٢] يعرف بأنه أي نوع من أنواع الدعم الداخلي أو الخارجي الذي يهدف إلى حماية الرفاهية النفسية والاجتماعية وتعزيزها و/أو منع الاضطراب النفسي أو علاجه. المصدر: اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (IASC)، إرشادات اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات بشأن الصحة العقلية والدعم النفسي والاجتماعي في حالات الطوارئ، عام ٢٠٠٧.

[٢٠٣] الجمعية العامة للأمم المتحدة، العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، ١٦ ديسمبر عام ١٩٦٦.

[٢٠٤] كاترينا دالاكورا، "الهيكل الإقليمي في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا: إعداد خرائط التغييرات الجغرافية السياسية، والنظام الإقليمي والتحوُّلات المحلية، والمرأة والنوع الاجتماعي في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا: إعداد خرائط الميدان ومعالجة المعضلات السياسية في مرحلة ما بعد عام ٢٠١١ (Middle East and North Africa Mapping Geopolitical Shifts, Regional order and Domestic Transformations, Women and Gender in the Middle East and North Africa:Regional Architecture: Mapping the Field and Addressing Policy Dilemmas at the post-٢٠١١ Juncture)"، عام ٢٠١٩.

[٢٠٥] هيئة الأمم المتحدة للمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة، "المساءلة عن العنف الجنسي في النزاعات: تحديد الفجوات نظرياً وممارسة الولايات القضائية الوطنية في المنطقة العربية (Accountability for Sexual Violence in Conflict: Identifying Gaps in Theory and Practice of National Jurisdictions in the Arab Region)"، عام ٢٠١٨.

[٢٠٦] منظمة الصحة العالمية، "تأثير فيروس كورونا المستجد كوفيد ١٩ في الخدمات العقلية والعصبية وخدمات تعاطي مواد الإدمان: نتائج تقييم سريع (The impact of COVID-١٩ on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment)"، عام ٢٠٢٠.

[٢٠٧] البلدان المدرجة: الجزائر، العراق، مصر، الأردن، الكويت، لبنان، ليبيا، المغرب، دولة فلسطين، السودان، تونس، اليمن.

الجدول ١,١١:

توزيع تكرار الإصابة بالتوتر

المتغير: خلال الأشهر الستة الماضية، كم مرة شعرت فيها بالتوتر الشديد لدرجة أن كل شيء يبدو مرهقاً؟

النتائج: يبين اختبار تشي سكوير وجود اختلافات كبيرة في تكرار الإصابة بالتوتر بين المشاركين في مجموعة اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا.

	المغرب العربي		بلدان مجلس التعاون الخليجي		البلدان الأقل نمواً		المشرق العربي		المنطقة بالكامل	
	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث
على الإطلاق	٢٠,٩٩	١٧,٠٧	٣٣,٥٢	٢٨,٠١	٣٢,٢٦	٣٠,٠٧	١٨,١٥	١٣,٤٢	٢٢,٦٥	١٨,٤
أحياناً	٤٣	٤٧,٠٧	٥٥,٩٢	٥٩,٧٩	٤١,٨١	٤٣,٦٩	٤٧,٨٥	٤٨,٠٣	٤٦,٢١	٤٨,٢٣
غالباً	٢٠,٣٣	١٨,٨٨	٩,٧	١١,١٤	١٨,٦٢	١٩,٦٨	٢٣,٤٧	٢٧,٥	٢٠,٣٨	٢١,٩٩
معظم الوقت	١٥,٦٧	١٦,٩٨	٠,٨٦	١,٠٥	٧,٣١	٦,٥٦	١٠,٥٣	١١,٠٥	١٠,٧٦	١١,٣٨

المصدر: الدورة الخامسة من البارومیتر العربي

وعلى نحو مماثل، تشير التقارير إلى ارتفاع مستويات الاكتئاب عند النساء مقارنةً بالرجال في المنطقة بالكامل. عندما تم طرح أسئلة على النساء والرجال في جميع أنحاء المنطقة[٢٠٨] بشأن عدد المرات التي أُصيبوا فيها خلال الأشهر الستة الماضية بالاكتئاب الشديد لدرجة الشعور بأنه ليس هناك ما يدعو إلى البهجة، أجابت النساء بعبارات "أحياناً" و"غالباً" و"معظم الوقت" أكثر من نظرائهن الذكور.

الجدول ١,١٢:

توزيع تكرار الإصابة بالاكتئاب

المتغير: خلال الأشهر الستة الماضية، كم مرة شعرت فيها بالاكتئاب الشديد لدرجة الشعور بأنه ليس هناك ما يدعو إلى البهجة؟

النتائج: يبين اختبار تشي سكوير وجود اختلافات كبيرة في تكرار الإصابة بالاكتئاب بين المشاركين في مجموعة اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا.

*لم يتم طرح هذا السؤال على المشاركين من بلدان مجلس التعاون الخليجي

	المغرب العربي		البلدان الأقل نمواً		المشرق العربي		المنطقة بالكامل*	
	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث
على الإطلاق	٣٦,٨	٣٢,٦١	٣٩,٩٦	٣٨,٥٢	٢٧,٤٦	٢١,٩٤	٣٢,٨١	٢٨,٤٢
أحياناً	٣٨,٧	٣٩,٧٨	٣٩,٦٧	٣٨,٦٢	٤٢,٢٩	٤٢,٥٤	٤٠,٥٨	٤٠,٩٢
غالباً	١٣,٤٥	١٤,٨٨	١٤,٣	١٥,٧٧	٢٠,٦٧	٢٥,١٤	١٧,٠٦	١٩,٩٦
معظم الوقت	١١,٠٦	١٢,٧٤	٦,٠٧	٧,٠٨	٩,٥٨	١٠,٣٨	٩,٥٤	١٠,٧١

المصدر: الدورة الخامسة من البارومیتر العربي

تشير أرقام سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز للصحة العقلية إلى أن الرجال أكثر تأثراً بالاضطرابات النفسية والاضطرابات المتعلقة بتعاطي مواد الإدمان، في حين أن النساء أكثر تأثراً باضطرابات القلق. فعلى سبيل المثال، أشارت تقديرات منظّمة الصّحّة العالميّة إلى أن اضطرابات القلق في إيران سجلت ٣١٠,٤٣ وفقاً لسنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز، بينما سجلت ١٨٨,٩٦ فقط عند الرجال. تتأثر النساء بالقلق أكثر من الرجال في كل بلدان المنطقة.

وبالرغم من أن المنطقة تشهد أقل نسبة للوفيات الناجمة عن الانتحار بين الإناث (١٥-٢٩ سنة و٣٠-٤٩) على مستوى العالم، تجدر الإشارة إلى الاختلافات التي تشهدها المنطقة في نسب الوفيات الناجمة عن الانتحار. فعلى سبيل المثال، بالرغم من انتحار أقل من أنثى واحدة من بين ١٠٠,٠٠٠ شخص سنوياً في الإمارات العربية المتحدة، تنتحر الإناث في اليمن بمعدل يتراوح بين ٨ و١٠ أضعاف.[٢٠٩] ورغم ذلك، فإن العوامل التي تساعد على زيادة مخاطر الانتحار معقدة، وتشير الوثائق إلى أن العيش في منطقة متأثرة بالنزاع يمكن أن يؤدي إلى تفاقم حالة انعدام الأمن والمزيد من العنف ومن ثَمَّ انتشار الاكتئاب والقلق واضطراب توتر ما بعد الصدمة بشكل أكبر، وهذا يثقل كاهل قدرة الفرد على التأقلم بشكل طبيعي.[٢١٠،٢١١] وبالرغم من أن الرجال الذين تتراوح أعمارهم بين ٣٠-٤٩ عاماً أكثر عرضة للانتحار مقارنةً بنظرائهم الأصغر سناً (الذين

[٢٠٨] البلدان المدرجة: الجزائر، العراق، مصر، الأردن، الكويت، لبنان، ليبيا، المغرب، دولة فلسطين، السودان، تونس، اليمن.

[٢٠٩] تقديرات الصحة العالمية وفقاً لمنظّمة الصّحّة العالميّة.

[٢١٠] الهيئة الطبية الدولية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسف، الصحة العقلية والصحة النفسية والاجتماعية وحماية الطفل للاجئين السوريين اليافعين في الأردن، عام ٢٠١٤.

[٢١١] اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا، "في مهب العواصف والأمواج: مراجعة حالة المرأة والمساواة بين الجنسين في المنطقة العربية (بكين بعد ٢٠ عاماً) (Against Wind and Tides: A Review of the Status of Women and Gender Equality in the Arab Region (Beijing+٢٠))"، عام ٢٠١٦.

تتراوح أعمارهم بين ١٥-٢٩ عاماً)، يكون نقيض ذلك صحيحاً بالنسبة إلى الإناث في العديد من البلدان؛ حيث تكون حالات الوفاة الناجمة عن الانتحار أعلى بشكل عام بين الراشدين الشباب (١٥-٢٩ عاماً) مقارنةً بالراشدين (٣٠-٤٩ عاماً).

يؤثر عادةً النزاع والحالات الإنسانية تأثيراً سلبياً في الصحة العقلية والرفاهية النفسية والاجتماعية للسكان. ويتأثر اليافعون بشكل خاص بهذه الحالات لأنهم يواجهون هذه الصعوبات خلال فترة حياتهم التي يقومون فيها بتطوير هويتهم وأدوارهم في أسرهم ومجتمعاتهم.[٢١٢] وعلى سبيل المثال، تشير الأدلة الواردة من دولة فلسطين إلى أن ٤٧ في المائة من الفتيات الفلسطينيات اللواتي تتراوح أعمارهن بين ٦ و١٢ عاماً يعانين اضطرابات عاطفية و/أو سلوكية، وأن النساء يعانين معدلات عالية من القلق والاكتئاب.[٢١٣]

وفي سوريا، يصبح الأفراد الذين يعانون من حالات صحية عقلية موجودة من قبل أكثر ضعفاً، وتعاني أعداد كبيرة من السوريين من مستويات متزايدة من الاضطرابات العاطفية (مثل الاكتئاب واضطراب الحزن المطول، واضطراب توتر ما بعد الصدمة).[٢١٤] اكتشفت دراسة أُجريت في عام ٢٠١٤ أن اللاجئين السوريين ذوي الإعاقة يبلغون عن شعورهم بضيق نفسي شديد أكثر من اللاجئين غير المعاقين بمقدار الضعف، وأن اللاجئين ذوي الإعاقة يواجهون عقبات أكبر في الحصول على الخدمات والدعم والعدالة.[٢١٥]

القوانين والسياسات

على الصعيد الإقليمي، تطبّق نصف البلدان تشريعاً مخصصاً للصحة العقلية فيما يتعلق بالصحة العقلية، ولكن عندما يتم تقسيمه حسب المناطق الفرعية تظهر تباينات أكبر. فعلى سبيل المثال، يطبق ربع البلدان الأقل نمواً وثلثا بلدان المشرق قوانين مستقلة فيما يتعلق بالصحة العقلية.

تطبّق أغلبية بلدان المنطقة (٧٠ في المائة) سياسة أو خطة معتمدة رسمياً للصحة العقلية. وتشهد منطقتا مجلس التعاون الخليجي والمشرق دون الإقليميتين أعلى نسبة مئوية من البلدان التي تطبّق سياسات الصحة العقلية وخططها بنسبة ١٠٠ في المائة و٨٣ في المائة على التوالي.

الجدول ١,١٣:

القوانين وخطط السياسة المستقلة للصحة العقلية

اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا الفئة	البلد	القانون	السياسة أو الخطة	اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا الفئة	البلد	القانون	السياسة أو الخطة
بلدان مجلس التعاون الخليجي	البحرين		✓	المشرق العربي	مصر	✓	✓
	الكويت				إيران	✓	✓
	عُمان		✓		العراق	✓	✓
	قطر	✓	✓		الأردن		✓
	المملكة العربية السعودية	✓	✓		لبنان	✓	✓
	الإمارات العربية المتحدة	✓	✓		سوريا		✓
المغرب العربي	الجزائر	✓		البلدان الأقل نمواً	جيبوتي		
	ليبيا				الصومال		
	المغرب	✓	✓		السودان	✓	✓
	تونس		✓		اليمن		

المصدر: منظمة الصحة العالمية، المرصد الصحي العالمي (تم الاطلاع عليه في عام ٢٠١٩)

[٢١٢] الهيئة الطبية الدولية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسف، الصحة العقلية والصحة النفسية والاجتماعية وحماية الطفل للاجئين السوريين اليافعين في الأردن، عام ٢٠١٤.

[٢١٣] اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا، الوضع الاجتماعي والاقتصادي للنساء والفتيات الفلسطينيات (يوليو ٢٠١٦ – يونيو ٢٠١٨)، عام ٢٠١٩.

[٢١٤] ويليام أفيس، "تأثير الأزمات التي طال أمدها في المواقف والتطلعات (The impact of protracted crises on attitudes and aspirations)"، عام ٢٠١٦.

[٢١٥] المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، "منع العنف الجنسي والعنف القائم على أساس النوع الاجتماعي (الجندر) والتصدي له في أوضاع اللاجئين في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (based Violence Prevention and Response in Refugee Situations in the Middle East and North Africa-Sexual and Gender)"، عام ٢٠١٥.

الأعراف والممارسات الاجتماعية والثقافية

أكدت مراجعة أدبية منهجية تشمل ما يقرب من ١٠٠ تقرير يتعلق بالصحة العقلية في المنطقة أن الشابات في المناطق المتضررة من الأزمات يعانين من انتشار قضايا الصحة العقلية بدرجة أكبر مقارنة بنظرائهن من الذكور. ومن المثير للاهتمام، أنه على الرغم من أن الفتيان يتعرضون بالقدر نفسه (أو في كثير من الأحيان) لصدمات نفسية – تُعزى إلى الأعراف والمعايير الاجتماعية والثقافية التي تسمح للفتيان بقضاء وقت أطول خارج المنزل مقارنة بالفتيات – تعاني الفتيات من انتشار أعلى لحالات، مثل: اضطراب توتر ما بعد الصدمة والاكتئاب والقلق وأعراض نفسية أخرى.[٢١٦]

تكشف الأبحاث أيضاً أن ممارسة تشويه الأعضاء التناسلية للإناث وختان الإناث (FGM/C) يمكن أن يؤثر سلباً في السلامة العاطفية للفتيات والنساء طوال حياتهن. أبلغت غالبية النساء اللواتي تعرضن للممارسة الضارة المتمثلة في تشويه الأعضاء التناسلية للإناث وختان الإناث عن مشكلات تتعلق بالصحة العقلية والاضطرابات العاطفية بسبب هذا الإجراء، وأبلغ العديد من الناجيات من تشويه الأعضاء التناسلية للإناث وختان الإناث عن الشعور باكتئاب حاد وقلق واضطرابات توتر ما بعد الصدمة.[٢١٧]

وفي المناطق المتأثرة بالنزاع، تُعد الفتيات أول من يتم إقصاؤهن من المدرسة، وتُفرض قيود على حركتهن لأسباب أمنية. ومع التوقف عن التعليم وملازمة المنزل بشكل متزايد، تبدأ العائلات النظر إلى فتياتها بوصفهن عبئاً مالياً. وهذا بدوره يؤدي إلى فرض قيود على إمكانية الحصول على الدعم النفسي والاجتماعي وخدمات الحماية الأخرى.[٢١٨]

الخدمات والبرامج والمعلومات

تُعد خدمات الصحة العقلية محدودة للغاية على الرغم من أن المنطقة شهدت زيادة مطردة في اضطرابات الصحة العقلية.[٢١٩] كشف استطلاع لمراكز إيواء تديرها المنظمات غير الحكومية في المنطقة، التي تقدم غالباً بعض خدمات الدعم النفسي والاجتماعي، أن ٤٦ في المائة فقط من مراكز الإيواء التي شملها الاستطلاع تستوعب النساء المسنات فوق سن ٦٥ عاماً، وأن ٦٩ في المائة تستوعب الفتيات غير المصحوبات اللواتي تقل أعمارهن عن ١٨ عاماً، وأن ٣١ في المائة تستوعب النساء اللواتي يعانين مشكلات تتعلق بالصحة العقلية، وأن ٦٢ في المائة تستوعب النساء ذوي الإعاقة الجسدية/ الحركية، وأن ٥٤ في المائة تستوعب العمالة الوافدة، وأن ٧٠ في المائة تستوعب اللاجئات. ويتبع حوالي ٧٠ في المائة من مراكز الإيواء التي تديرها المنظمات غير الحكومية في المنطقة ممارسة عدم إيواء النساء اللواتي يعانين مشكلات تتعلق بالصحة العقلية. وهذه مشكلة رئيسة نظراً إلى وجود صلة مباشرة بين عنف الزوج (الذي تتأثر به النساء أكثر من غيرهن) والصدمات النفسية والضغط النفسي ومشكلات الصحة العقلية. ولذا، من التناقض منع النساء من الحصول على الخدمات التي يحتجن إليها بسبب مشكلات الصحة العقلية، وهي مشكلات يعانين منها كنتيجة مباشرة لتعرضهن للعنف.[٢٢٠]

خلصت نتائج الاستطلاع إلى أن مراكز الإيواء في لبنان تفرض أقل قدر من القيود فيما يتعلق بمن يمكنه الوصول إلى مراكز الإيواء في حين أن اليمن تفرض أشد القيود. وكشف الاستطلاع نفسه أنه في عام ٢٠١٧ اضطرت مراكز الإيواء في الجزائر ولبنان وتونس إلى رفض استقبال النساء بسبب نقص الموارد أو بسبب عدم الوفاء بمعايير المأوى المحدد.[٢٢١] ويشكل الحد من فرص وصول النساء أصحاب الاحتياجات الخاصة مصدر قلق كبيراً داخل المنطقة؛ حيث يتطلب توفير الدعم المتخصص للنساء أصحاب الاحتياجات المتوسطة أو الحادة للصحة العقلية خبرة وموارد إضافية تفرض عبئاً إضافياً على الموارد المحدودة في كثير من الأحيان لمراكز الإيواء.[٢٢٢]

تُعد البيانات المتعلقة بالإنفاق الحكومي على الصحة العقلية قليلة. ومن أصل ٢١ بلداً في المنطقة، تبلغ ستة بلدان عن النفقات الحكومية على مستشفيات الأمراض العقلية كنسبة مئوية من إجمالي النفقات الحكومية على الصحة العقلية. وتتصدر لبنان المنطقة بنسبة ٥ في المائة من ميزانية الصحة العقلية التي تُنفق على مستشفيات الأمراض العقلية، تليها المملكة العربية السعودية (بنسبة ٤ في المائة) والبحرين (بنسبة ٣,٢ في المائة) وقطر (بنسبة ٠,٦ في المائة) ومصر (بنسبة ٠,٥ في المائة) وسوريا (بنسبة ٠,٢ في المائة).

إضافة إلى ذلك، تتفاوت الموارد البشرية المخصصة للصحة العقلية على نطاق واسع داخل المنطقة. وتتجاوز بعض البلدان، مثل: البحرين

---

[٢١٦] مايا فهلنج وآخرون، الشباب يعيشون في خضم الأزمات في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا: مراجعة أدبية منهجية وتحليل مركّز للمشهد، المجلة الصحية لشرق المتوسط، المجلد ٢١ العدد ١٢، عام ٢٠١٥.

[٢١٧] المكتب الإقليمي لصندوق الأمم المتحدة للسكان في منطقة الدول العربية، تشويه الأعضاء التناسلية للإناث وتحركات السكان داخل المنطقة العربية ومنها، عام ٢٠١٨.

[٢١٨] صندوق الأمم المتحدة للسكان ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسف وجهات أخرى، "زواج الأطفال في الأوضاع الإنسانية: تسليط الضوء على الوضع في المنطقة العربية (settings: Spotlight on the situation in the Arab region Child marriage in humanitarian)". بلا تاريخ

[٢١٩] اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا، "في مهب العواصف والأمواج: مراجعة حالة المرأة والمساواة بين الجنسين في المنطقة العربية (بكين بعد ٢٠ عاماً) (Against the Status of Women and Gender Equality in the Arab Region (Beijing +20) Wind and Tides: A Review of)"، عام ٢٠١٦.

[٢٢٠] اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا، صندوق الأمم المتحدة للسكان، أبعاد، نساء ضد العنف في أوروبا. "مراكز إيواء للنساء الناجيات من العنف: مدى توافرها وإمكانية الوصول إليها في المنطقة العربية (Shelters for Women Survivors of Violence: Availability and Accessibility in the Arab Region)"، عام ٢٠١٩.

[٢٢١] المرجع نفسه

[٢٢٢] المرجع نفسه

وإيران، المتوسط العالمي[٢٢٣] في كل فئة من فئات القوى العاملة في مجال الصحة العقلية التي تتوفر البيانات بشأنها. وهناك بلدان أخرى، مثل: العراق وسوريا واليمن، لديها ما بين صفر و١,٢ موظف لكل ١٠٠٠٠٠ من السكان.

الشكل 1.5: الموارد البشرية ذات الصلة بالصحة العقلية

يوضّح هذا الرسم البياني معدل الممرضات المتخصصات في الصحة العقلية والأطباء النفسيين والأخصائيين الاجتماعيين لكل 100000 من السكان.

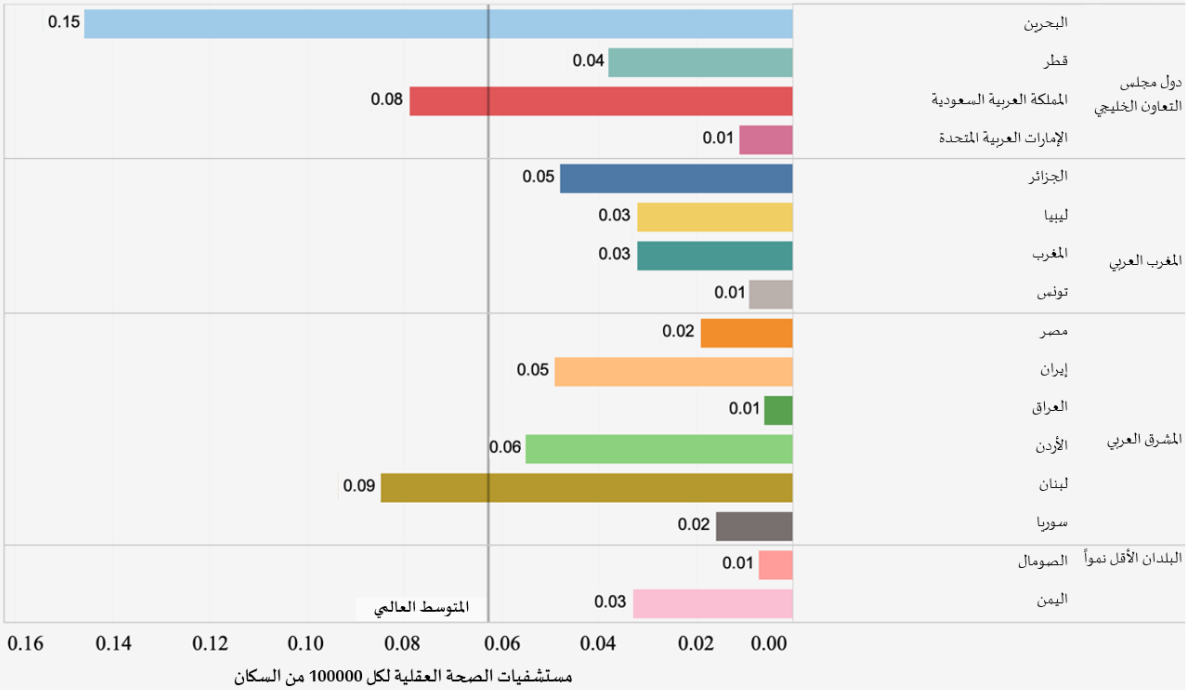
	البحرين	مصر	إيران	العراق	الأردن	لبنان	المغرب	عُمان	قطر	المملكة العربية السعودية	السودان	سوريا	تونس	الإمارات العربية المتحدة	اليمن
الممرضات المتخصصات في الصحة العقلية	27.9	4.8	9.5	1.2	3.3	3.1	2.5	3.0	9.9	10.7		1.1	0.2	4.4	0.3
الأطباء النفسيون	5.5	1.6	2.0	0.3	1.1	1.2	0.8	1.7	2.7	1.3	0.1	0.4		1.6	0.2
الأخصائيون النفسيون	1.2	0.3	5.2	0.1	1.3	3.3	0.6	0.8	1.4	2.0		1.1	0.0	0.8	0.4
الأخصائيون الاجتماعيون	1.5	0.4	1.5	0.1	0.2	1.3	0.6		0.1	4.0	0.6	0.8		0.4	0.1

المصدر: منظمة الصحة العالمية، مرصد الصحة العالمي.

فعلى المستوى دون الإقليمي، تتمتع منطقة مجلس التعاون الخليجي بأعلى معدلات من الممرضات في مجال الصحة العقلية والأطباء النفسيين والأخصائيين الاجتماعيين. وتتمتع منطقة المشرق بأعلى معدلات من علماء النفس في المنطقة. وعند حساب الإجمالي على المستوى دون الإقليمي، تتجاوز منطقة مجلس التعاون الخليجي ومنطقة المشرق المتوسط العالمي من حيث عدد الممرضات في مجال الصحة العقلية وعلماء النفس، وتتجاوز منطقة مجلس التعاون الخليجي المتوسط العالمي من حيث عدد الأطباء النفسيين، وتفي جميع المناطق دون الإقليمية الأربع بالمتوسط العالمي من حيث عدد الأخصائيين الاجتماعيين الذين يركزون على الصحة العقلية أو تتجاوزه.

بالإضافة إلى الموارد البشرية المخصصة للصحة العقلية، تشهد المنطقة أيضاً تفاوتات كبيرة فيما يتعلق بالمرافق التي تركز على معالجة مشكلات الصحة العقلية. ويُعد عدد مستشفيات الأمراض العقلية (لكل ١٠٠٠,٠٠٠ من السكان) أعلى من المتوسط العالمي البالغ ٠,٠٦[٢٢٤] في ثلاثة بلدان فقط من أصل ١٦ بلداً في المنطقة التي تتوفر البيانات بشأنها.

الشكل 1.6: مستشفيات الصحة العقلية (لكل 100000 من السكان)



المصدر: منظمة الصحة العالمية، مرصد الصحة العالمي

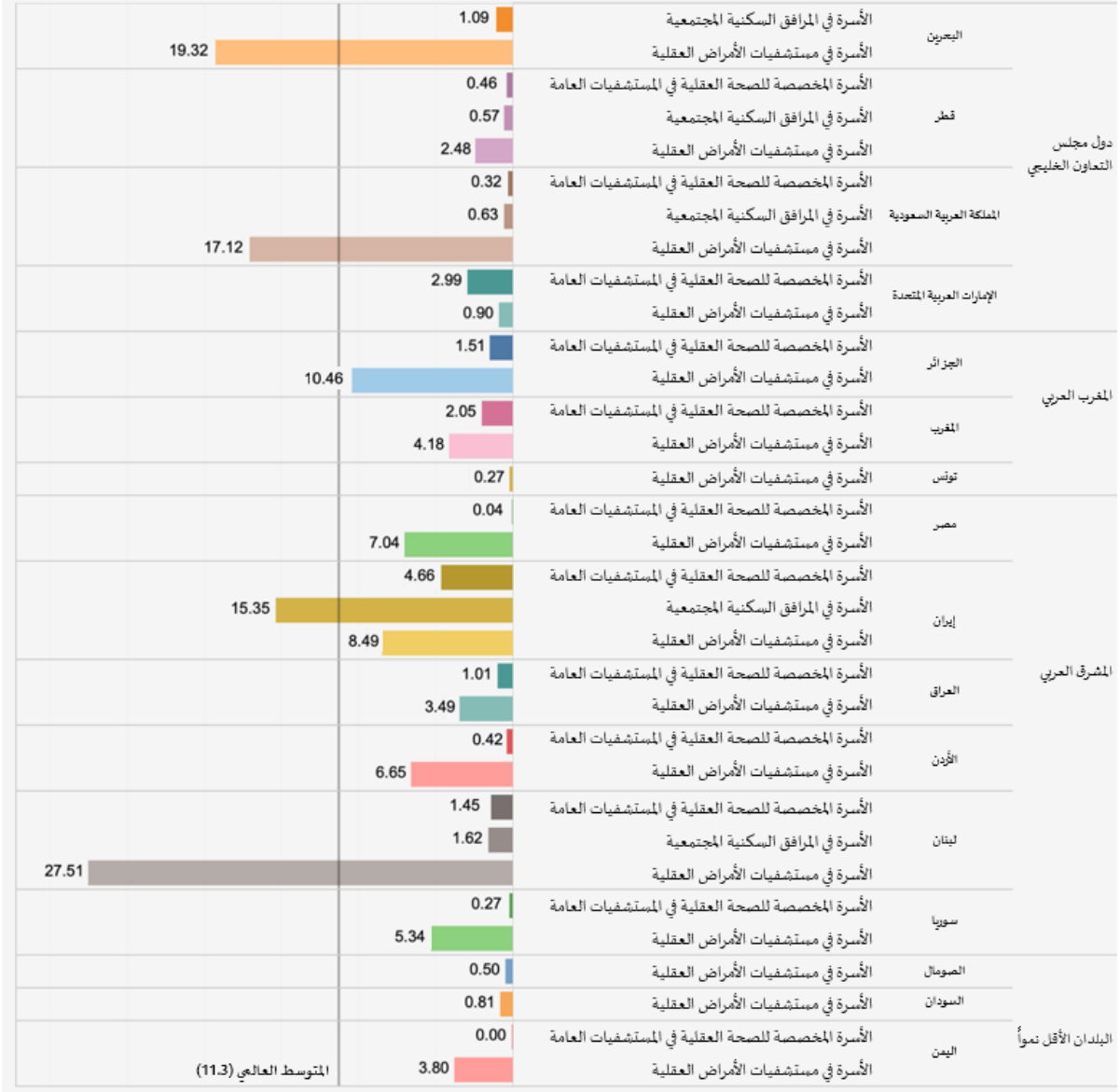
[٢٢٣] البيانات العالمية: الممرضات في مجال الصحة العقلية، ٣,٤٩؛ الأطباء النفسيون، ١,٢٧؛ علماء النفس، ٠,٨٨؛ الأخصائيون الاجتماعيون، ٠,٣٣ (لكل ١٠٠,٠٠٠ من السكان). راجع المرصد الصحي العالمي التابع لمنظمة الصحة العالمية.

[٢٢٤] منظمة الصحة العالمية، "أطلس الصحة العقلية لعام ٢٠١٧ (Mental Health Atlas ٢٠١٧)"، عام ٢٠١٨.

يختلف عدد الأسـرّة المخصـصـة للصـحـة العقلية لكل ١٠٠٠٠٠ من السكان اختلافاً كبيراً حسب نوع المرفق والمنطقة دون الإقليمية، ولكن الاختلافات تصـبح أكثر وضـوحاً على مسـتوى البلد في كل منطقة دون إقليمية (ارجع إلى الشكل ١,٧ الوارد أدناه). تتجاوز منطقة المشرق فقط (١١,٧) معدل المتوسـط العالمي لعدد الأسـرّة في مسـتشـفيات الأمراض العقلية لكل ١٠٠,٠٠٠ من السكان (١١,٣).[٢٢٥]

الشكل 1.7: الأسرة المخصصة للصحة العقلية

يوضّح هذا الرسم البياني معدل الأسرة لكل 100000 من السكان التي تم تخصيصها للصحة العقلية. تدل الأماكن المفقودة على عدم توافر بيانات من البلد لهذا المتغير.



المصدر: منظمة الصحة العالمية، مرصد الصحة العالمي

[٢٢٥] منظمة الصحة العالمية، "أطلس الصحة العقلية لعام ٢٠١٧ (Mental Health Atlas ٢٠١٧)"، عام ٢٠١٨.

الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية
الركيزة ١

الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية

نظرة عامة

تُعد الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية (SRHR)، التي يشار إليها أحياناً باسم الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية (SRHRR)، أساسية لكل من الصحة والتنمية وتؤثر في صحة النساء والفتيات ورفاهيتهن طوال حياتهن. وبالرغم من إحراز تقدم فيما يتعلق بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية خلال العقد الماضي في جميع أنحاء المنطقة، فإن المكاسب كانت متباينة بين البلدان وداخلها على حد سواء. وإضافة إلى ذلك، تتم إعاقة التقدم من خلال التمييز ضد النساء والفتيات، والالتزامات السياسية الضعيفة، والموارد غير الكافية المرتبطة بالامتناع عن معالجة المشكلات الجنسية بشكل صريح وشامل.[٢٢٦]

لكي يحيا جميع الأفراد حياة صحية ومُرضية ولكي يحققوا كامل إمكاناتهم، يجب الوفاء بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية واحترامها.[٢٢٧]

المربع ١,١: تعريفات عملية للموضوعات المدرجة ضمن الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية/الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية

الصحة الجنسية عبارة عن حالة من الرفاهية الجسدية والعاطفية والعقلية والاجتماعية فيما يتعلق بالجنس؛ فهي لا تعني عدم وجود أمراض أو خلل وظيفي أو عجز فحسب. وتتطلب الصحة الجنسية نهجاً إيجابياً يتسم بالاحترام بخصوص النشاط الجنسي والعلاقات الجنسية، إلى جانب إمكانية اكتساب تجارب جنسية ممتعة وآمنة وخالية من الإكراه والتمييز والعنف. ولتحقيق الصحة الجنسية والحفاظ عليها، يجب احترام الحقوق الإنجابية لجميع الأشخاص وحمايتها والوفاء بها.

النشاط الجنسي عبارة عن جانب أساسي من جوانب الإنسان طوال فترة حياته؛ حيث يتضمن الجنس، والهويات والأدوار الجنسية، والتوجه الجنسي، والإثارة الجنسية، والمتعة، والعلاقة الحميمية، والإنجاب. ويتم التعبير عن النشاط الجنسي وممارسته من خلال الأفكار والتخيلات والرغبات والمعتقدات والمواقف والقيم والسلوكيات والممارسات والأدوار والعلاقات. وبالرغم من أن النشاط الجنسي يمكن أن يتضمن كل هذه الأبعاد، لا تتم ممارسة جميع هذه الأبعاد أو التعبير عنها دائماً. ويتأثر النشاط الجنسي بالتفاعل بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية والسياسية والثقافية والقانونية والتاريخية والدينية والروحية.

الصحة الإنجابية عبارة عن حالة من الرفاهية الجسدية والعقلية والاجتماعية الكاملة ولا تعني عدم وجود أمراض العجز فحسب، وذلك في كل الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته. وهذا يعني أنه يمكن للأشخاص التمتع بحياة جنسية مُرضية وآمنة، وكذلك يتمتعون بالقدرة على الإنجاب وبحرية اتخاذ قرار بشأن الوقت المناسب لذلك وعدد المرات.

الحقوق الإنجابية تتضمن حق كل الرجال والنساء في الحصول على معلومات حول وسائل تنظيم الأسرة الآمنة والفعالة والميسورة التكلفة والمقبولة التي يختارونها بالإضافة إلى وسائل أخرى يختارونها لتنظيم الخصوبة ولا تتعارض مع القانون، فضلاً عن الحق في الحصول على خدمات الرّعاية الصّحية المناسبة التي ستمكن النساء من العيش بأمان خلال فترتي الحمل والولادة والتي ستتيح للزوجين فرصة أفضل لإنجاب طفل سليم.

الرّعاية الصّحية الإنجابية عبارة عن مجموعة من الوسائل والتقنيات والخدمات التي تسهم في الصحة الإنجابية ورفاهيتها عن طريق منع مشكلات الصحة الإنجابية وحلها. وتشمل أيضاً الصحة الجنسية التي تهدف إلى تحسين الحياة والعلاقات الشخصية وليس مجرد تقديم المشورة والرعاية المتعلقة بالإنجاب والأمراض المنقولة جنسياً.

[٢٢٦] آن إم ستاررس وآخرون، "ارتفاع وتيرة التقدُّم المحرز – الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية للجميع: تقرير لجنة غوتماخر ولانست (Accelerate progress – sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission)"، عام ٢٠١٨.

[٢٢٧] المرجع نفسه

خدمات الصحة الجنسية والإنجابية تتضمن معلومات عامة حول الصحة الإنجابية والجنسية، وتنظيم الأسرة، والإجهاض الآمن (الحالات التي يكون فيها الإجهاض قانونياً)، والرعاية بعد الإجهاض (سواء أكان الإجهاض قانونياً أم لا)، والرعاية السابقة للولادة، ورعاية الولادة الآمنة، والرعاية بعد الولادة، والوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً وعلاجها، وعلاج التهابات الجهاز التناسلي غير المنقولة جنسياً والوقاية منها، والأمراض والاضطرابات الأخرى (مثل السرطان والتهاب بطانة الرحم).

يتطلب استيفاء الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية لجميع النساء والفتيات في المنطقة تحدياً للأعراف والممارسات المتأصلة في المجتمع ومواجهتها. إنَّ العوائق التي تحول دون الحصول على الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية مترسخة في القوانين والسياسات والاقتصاد في جميع أنحاء العالم، وهذه الحواجز تقيِّد وصول النساء والفتيات إلى المعرفة والخدمات التي تسهم في حياة صحية ومنصِفة للنساء والفتيات في جميع مراحل دورة حياتهن. يتوقف تأمين الرّعاية الصّحية الجنسية والإنجابية الكافية والمناسبة لجميع النساء والفتيات اليافعات على إدراك الحقوق الإنجابية، التي يتم تجاهلها في الغالب.[٢٢٨] على الرغم من أن هذه العقبات لا تقتصر على المنطقة وموجودة في جميع أنحاء العالم، فإن منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ومنطقة الدول العربية تمثِّل بيئة عمل شديدة الصعوبة على وجه التحديد؛ لأن الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية من الموضوعات الحساسة ثقافياً للعديد من المجتمعات في المنطقة، وخاصة في سياق الهشاشة والنزاعات الجارية. على سبيل المثال، إنَّ الامتناع عن تدريس الجنس يعني اعتماد الشباب في الغالب على الإنترنت أو الأقران للحصول على المعلومات، وقد تكون هذه المعلومات غير دقيقة. بالإضافة إلى ذلك، يعني الاتجاه السائد بين المجتمعات المحافظة اجتماعياً في المنطقة، المتمثِّل في عدم التفكير في الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية إلا في سياق الزواج، أنَّ اليافعين/اليافعات والرجال والنساء يواجهون عوائق اجتماعية عند إثارة المشكلات المتعلقة بصحتهن الجنسية والإنجابية والبحوث ذات الصلة مع مقدِّمي الرّعاية الصّحية.[٢٢٩]

تتضمن أهداف التنمية المستدامة مجموعة من المؤشرات الأساسية الخاصة بالجانب الصحي فيما يتعلق بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية. وتتمثل هذه المؤشرات في المجالات الآتية:

- منع الحمل
- توافر خدمات الصحة الجنسية والإنجابية
- معلومات بشأن الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية
- خصوبة اليافعات
- جودة رعاية الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك احترام الحقوق
- الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً
- توافر خدمات الإجهاض

ترد أدناه بيانات فردية محلية وإقليمية بشأن هذه المجالات (حيثما توافرت). ولكن تشهد المنطقة عموماً عدم وجود نهج مستند إلى الحقوق تجاه الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، بالرغم من الالتزامات والجهود المبذولة للامتثال لمجموعة الأدوات العالمية المذكورة أعلاه. لا تزال بلدان المنطقة تواجه تحديات في منح الجميع حق الحصول على الرّعاية الصّحية الجنسية والإنجابية، من دون تمييز عنصري على أساس الجنس أو الجنسية أو حالة النزوح أو الحالة الاجتماعية. لا تُدمج الخدمات المتعلقة بصحة الأم، وتنظيم الأسرة، والوقاية من العدوى المنقولة جنسياً وفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز والحصول على العلاج المناسب لها، بالكامل في الرّعاية الصّحية الأولية. تختلف إمكانية الوصول والجودة باختلاف البلدان، وفيما بين الطبقات الاجتماعية، ومن المناطق الحضرية إلى الريفية. تحول العوائق الثقافية بشكل ملحوظ دون اتخاذ النساء والأزواج قراراتهم ذات الصلة بصحتهم الجنسية والإنجابية بكل حرية ومسؤولية، بما في ذلك تنظيم الأسرة.[٢٣٠]

وبالمثل، لا تعكس الأطر القانونية نهجاً مستنداً إلى الحقوق يعزز الخيارات الفردية المستنيرة، إلى جانب أنها تنص في الغالب على استثناءات تبدأ من العمر القانوني وحتى الزواج، وهذا يجبر الفتيات الصغيرات على الزواج والحمل المبكر والإجهاض القسري في بعض الأحيان.

القوانين والسياسات

تُعد البيئات القانونية والتنظيمية الداعمة محدِّدات أساسية لتوافر خدمات الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية وإمكانية الوصول إليها وجودتها.

جمع المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (ICPD) ١٧٩ بلداً لإعلان أن الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية تندرج ضمن حقوق الإنسان وتمثل شرطاً سابقاً لتمكين النساء ومساواتها بالرجال. ودعا برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية إلى إتاحة حصول الجميع على الرّعاية الصّحية الإنجابية الشاملة (بما في ذلك تنظيم الأسرة الطوعي؛ وتوفير خدمات الحمل والولادة الآمنة؛ والوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً وعلاجها؛ وتوفير المعلومات وتقديم المشورة بشأن النشاط الجنسي؛ والقضاء على

[٢٢٨] المرجع نفسه

[٢٢٩] اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا، "تقرير عام ٢٠٢٠ حول التنمية المستدامة العربية (Arab Sustainable Development Report ٢٠٢٠)"، عام ٢٠٢٠.

[٢٣٠] المرجع نفسه

الممارسات الضارة ضد النساء والفتيات، مثل: تشويه الأعضاء التناسلية للإناث والزواج القسري)، وأقر بأن الصحة الإنجابية وتمكين النساء مترابطان. ويسترشد برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بعدد ١٥ مبدأ يؤكد مجدداً على أن "تحقيق أهداف التنمية المستدامة يكون من خلال تحقيق الكرامة وحقوق الإنسان على قدم المساواة، والصحة الجيدة، وأمن المكان والتنقل، والإنجازات المؤمّنة من خلال الحوكمة الرشيدة والمساءلة".[٢٣١]

بوجه عام، يحدد برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية[٢٣٢] ما يأتي:

- توفير إمكانية حصول الجميع على خدمات تنظيم الأسرة والصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية؛
- تحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين النساء، والمساواة في الحصول على التعليم للفتيات؛
- معالجة التأثير الفردي والاجتماعي والاقتصادي للتحضر والهجرة؛
- دعم التنمية المستدامة ومعالجة القضايا البيئية المرتبطة بالتغيرات السكانية.

اعتمدت جميع البلدان المدرجة في هذا التحليل برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في عام ١٩٩٤، ولكن أدلت جيبوتي ومصر وإيران والأردن والكويت وليبيا وسوريا والإمارات العربية المتحدة واليمن ببيانات وتحفظات للسجل فيما يتعلق ببرنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية.

بصرف النظر عن جيبوتي والأردن ولبنان، فإن جميع البلدان المدرجة في تحليل الأوضاع تتضمن دساتير تضمن الحق في الرّعاية الصّحية؛ ومع ذلك لا يشير أي بلد من البلدان تحديداً إلى الرّعاية الصّحية الإنجابية أو تنظيم الأسرة.[٢٣٣]

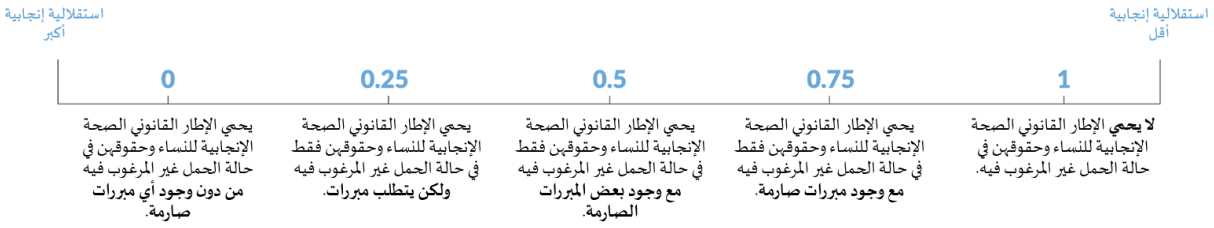
كشفت دراسة حديثة حول وضع سياسات الصحة الجنسية والإنجابية والثغرات في هذه السياسات عبر ١١ بلداً[٢٣٤] في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ومنطقة الدول العربية، أن جميع البلدان باستثناء الإمارات العربية المتحدة والمملكة العربية السعودية تنتهج إستراتيجيات/سياسات/خططاً محددة تتعلق بتنظيم الأسرة في خططها الصحية.[٢٣٥] وقد ألغت بعض البلدان القيود المفروضة على إمكانية الحصول على خدمات تنظيم الأسرة، كما تلتزم بضمان توفير إمكانية الوصول إلى وسائل تنظيم الأسرة (مصر والأردن والمغرب وتونس وسوريا) من خلال إستراتيجيات تنظيم الأسرة وغيرها من الآليات على المستوى الوطني. ولتوضيح ذلك، تتمتع تونس بتاريخ طويل في برامج تنظيم الأسرة وسياساتها، يعود إلى أول برنامج لتنظيم الأسرة في عام ١٩٦٤ مع الاستمرار في إنشاء المكتب الوطني لتنظيم الأسرة (المكتب القومي لتنظيم الأسرة) في عام ١٩٧٣. وعلى مدى عقود، تحوّل تنفيذ أنشطة تنظيم الأسرة في تونس إلى عنصر أساسي في إستراتيجية شاملة للصحة والحقوق الجنسية والإنجابية تعطي الأولوية لحقوق النساء.[٢٣٦]

وضعت مصر والأردن ولبنان وسوريا وتونس برامج وإستراتيجيات وطنية تتعلق تحديداً بالتصدي لفيروس نقص المناعة البشرية. ورغم ذلك، تفيد التقارير بأنه لا تزال هناك عقبات قانونية تحول دون تحقيق الحد الأمثل فيما يتعلق بالوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية وعلاجه في هذه البلدان.[٢٣٧]

يسجل مؤشر المؤسسات الاجتماعية والجنسانية (SIGI) الاستقلالية الإنجابية من "٠" إلى "١" بناء على ما إذا كان الإطار القانوني في أحد البلدان يحمي الصحة والحقوق الإنجابية للنساء.

الشكل ١,٨:

مقياس مؤشر المؤسسات الاجتماعية والجنسانية للاستقلالية الإنجابية



[٢٣١] صندوق الأمم المتحدة للسكان، الموضوعات الخمسة للسكان والتنمية، من دون تاريخ

[٢٣٢] صندوق الأمم المتحدة للسكان، المؤتمر الدولي للسكان والتنمية.

[٢٣٣] استُمِدَّت الدساتير باللغة الإنجليزية لكل بلد من Constitute على الموقع الإلكتروني https://www.constituteproject.org.

[٢٣٤] كانت هذه البلدان الـ ١١ على النحو الآتي: الجزائر ومصر والأردن ولبنان والمغرب ودولة فلسطين والمملكة العربية السعودية والسودان وسوريا وتونس والإمارات العربية المتحدة. وتم أيضاً تضمين جميع البلدان المشمولة في الدراسة المُشار إليها في تحليل الأوضاع المقبل.

[٢٣٥] صندوق الأمم المتحدة للسكان ونموذج السياسة الصحية لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، "التقرير الإقليمي، قوانين الصحة الجنسية والإنجابية وسياساتها في بلدان عربية محددة (Regional Report, Sexual and Reproductive Health Laws and Policies in Selected Arab Countries)"، عام ٢٠١٦.

[٢٣٦] المرجع نفسه

[٢٣٧] المرجع نفسه

وفقاً لإطار ترميز مؤشر المؤسسات الاجتماعية والجنسانية، حصل ١٧ بلداً من أصل ٢١ بلداً على درجة ٠,٧٥، وهذا يعني أن الإطار القانوني لا يحمي سوى الصحة والحقوق الإنجابية للنساء في حال الحمل غير المرغوب فيه في ظل مبررات صارمة.

تتيح أغلبية البلدان في المنطقة الإجهاض في ظل ظروف محددة، سواء من خلال قانون العقوبات أو الفتوى أو اللائحة الوزارية أو المرسوم الرئاسي. وتتضمن هذه الظروف الاغتصاب أو سفاح المحارم، والصحة العقلية أو الجسدية للنساء الحوامل، وإعاقة الجنين، وأسباباً "علاجية" غير محددة، كما هو الحال في جيبوتي. وهناك مجموعة كبيرة من الأسباب لضمان الحصول على الإجهاض القانوني في البحرين وتونس. يتيح قانون العقوبات الصادر في ٢٠ مارس عام ١٩٧٦ (الأقسام ٣٢١-٣٢٣) في البحرين الإجهاض لإنقاذ حياة الأم وحماية صحتها الجسدية والعقلية، في حال الاغتصاب أو سفاح المحارم، وتشوهات الجنين، والمشكلات الاجتماعية والاقتصادية. وبموجب المادة ٢١٤ من قانون العقوبات لعام ٢٠١٢ في تونس، يُسمح للنساء طلب الإجهاض بحرية، ولكن يجب أن يتم الإجراء خلال الأشهر الثلاثة الأولى بواسطة طبيب مرخص من الناحية القانونية في مستشفى أو مرفق صحي أو عيادة مرخصة. بعد الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل، يمكن إجراء الإجهاض إذا كان هناك خطر على صحة الأم (بما في ذلك إذا كان استمرار الحمل سيضعف الرفاهية العقلية) أو خطر متمثل في "معاناة" الجنين من إعاقة أو مرض خطير. وهناك بيئات تفرض المزيد من القيود في العراق ولبنان وليبيا وعُمان والصومال وسوريا واليمن حيث يكون الإجهاض قانونياً فقط إذا كانت حياة الأم معرضة للخطر أو لإنقاذ حياة الأم.[٢٣٨]

وعلى مستوى المنطقة، يمكن أن تمثل القوانين الجنائية في بعض البلدان عقبة أمام الوصول إلى بعض وسائل تنظيم الأسرة واستخدامها. فعلى سبيل المثال، تحظر المادتان ٥٢٣ و٥٢٤ من قانون العقوبات السوري الإعلان عن وسائل منع الحمل أو استخدامها أو الترويج لها أو بيعها أو شرائها أو تسهيل استخدامها.[٢٣٩]

صدر مرسوم وزاري في مصر في عام ٢٠١٢ نصّ على أن اللاجئين السوريين في مصر يحصلون على خدمات الرّعاية الصّحية الأولية العامة التي تتضمن صحة الأم. وبموجب هذا المرسوم يمكن للنساء والفتيات اللاجئات السوريات الحصول على الرعاية.[٢٤٠]

تُناقش القوانين والسياسات التي تؤثر في الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية والمرتبطة بالممارسات الضارة (مثل زواج الأطفال وتشويه الأعضاء التناسلية للإناث وختان الإناث) في إطار الركيزة ٣: التحرر من العنف والتمييز.

الأعراف والممارسات الاجتماعية والثقافية

في جميع أنحاء المنطقة، غالباً ما تؤدي المحظورات التقليدية المتعلقة بالجنس إلى منع المناقشات وتبادل المعلومات حول الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية.[٢٤١] ويُترجم هذا التحفظ إلى صعوبات في الحصول على المعلومات المتعلقة بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، كما يمكن أن يرسّخ مفاهيم خاطئة وقوالب نمطية ومعلومات مضللة حول الموضوعات المتعلقة بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية.

[٢٣٨] ارجع أيضاً إلى "الموجز القطري لمؤشر المؤسسات الاجتماعية والجنسانية (SIGI) (SIGI, Socia l Institutions & Gender Index Country Profiles)"، عام ٢٠١٩.

[٢٣٩] صندوق الأمم المتحدة للسكان ونموذج السياسة الصحية لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، "التقرير الإقليمي، قوانين الصحة الجنسية والإنجابية وسياساتها في بلدان عربية محددة (Reproductive Health Laws and Policies in Selected Arab Countries Regional Report, Sexual and)"، عام ٢٠١٦.

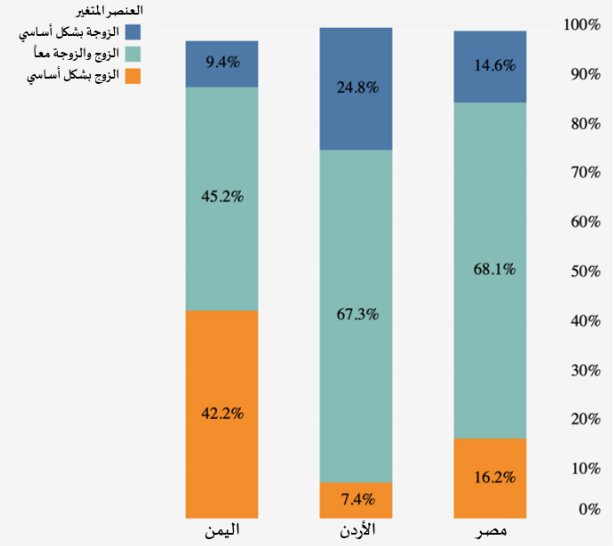
[٢٤٠] المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، "البحث عن حلول: معالجة الحرمان من الحصول على الجنسية في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (In Search of Solutions: Addressing Statelessness in the Middle East and North Africa)"، عام ٢٠١٦.

[٢٤١] المكتب الإقليمي لمنظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسف في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا بالتعاون مع المركز الدولي لبحوث المرأة، "زواج الأطفال في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (Child Marriage in the Middle East and North Africa)"، عام ٢٠١٧.

عملية صنع القرار فيما يتعلق بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية

الشكل 1.9: صنع القرارات المتعلقة بالرعاية الصحية

تُظهر هذه الصورة النسبة المئوية للنساء المتزوجات حالياً اللواتي يكون صانع القرار بشأن الرعاية الصحية الخاصة بهن هو الجهة المحددة بشكل أساسي (%).



الدراسات الاستقصائية الديمغرافية والصحية (DHS)، الدراسات الاستقصائية الديمغرافية والصحية الخاصة بمصر (2014)، الدراسات الاستقصائية الديمغرافية والصحية الخاصة باليمن (2013)، الدراسات الاستقصائية الديمغرافية والصحية الخاصة بالأردن (2018)، تم الوصول إليها من خلال واجهة برمجة تطبيقات مؤشرات البنك الدولي

على الرغم من أنّ إعلان ومنهاج عمل بكين يؤكدان على أن "حق جميع النساء في أن يتحكمن بجميع جوانب صحتهن، ولا سيما فيما يتعلق بخصوبتهن، يعد أمراً أساسياً لتمكينهن"، فإن العديد من النساء في المنطقة لا يتحكمن في عملية صنع القرار فيما يتعلق بالرّعاية الصّحية الخاصة بهن، بما في ذلك الرّعاية الصّحية الجنسية والإنجابية. وأحياناً ما يتعارض وصول المرأة إلى الخدمات الصحية الجنسية والإنجابية في المنطقة واتخاذ قرارات بشأنها مع الأعراف الاجتماعية والثقافية (على سبيل المثال، التفاوتات الجنسانية، والمحظورات التقليدية، وخدمات الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية التي تميل لصالح الأفراد المتزوجين) بالإضافة إلى أهداف الدولة المشجعة على الإنجاب.[٢٤٢]

من المهم ملاحظة أنه من المرجح أن تعتمد إمكانات اتخاذ القرارات على العديد من العوامل، مثل: الموقع والتعليم ومستوى الدخل، ومع ذلك، تشير البيانات المتاحة إلى وجود مستويات محدودة من استقلالية المرأة فيما يتعلق بالعلاقات الجنسية واستخدام وسائل منع الحمل والرّعاية الصّحية.

توجد بيانات محدودة حول نسبة النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و٤٩ عاماً[٢٤٣] اللواتي يتخذن قراراتهن الخاصة المستنيرة فيما يتعلق بالعلاقات الجنسية واستخدام موانع الحمل والرّعاية الصّحية الإنجابية[٢٤٤] في المنطقة. ولا تتوافر البيانات المتاحة للعامة فيما يتعلق بهذا المؤشر إلا للأردن، التي ذكرت بحسب تقارير قاعدة بيانات الأمم المتحدة العالمية لأهداف التنمية المستدامة أن نسبة ٨٤,٢ في المائة من النساء يتخذن قراراتهن الخاصة فيما يتعلق بالعلاقات الجنسية، و٩٠ في المائة فيما يتعلق بالرّعاية الصّحية الإنجابية، و٩٥,٣ في المائة فيما يتعلق باستخدام وسائل منع الحمل.[٢٤٥] ووفقاً للبيانات التي نشرها صندوق الأمم المتحدة للسكان، استناداً إلى الدراسات الاستقصائية

[٢٤٢] اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا، "في مهب العواصف والأمواج: مراجعة حالة المرأة والمساواة بين الجنسين في المنطقة العربية (بكين بعد ٢٠ عاماً) (Against Gender Equality in the Arab Region (Beijing +20))"، عام ٢٠١٦.

[٢٤٣] التعريف المقبول بشكل عام للنساء اللواتي في سن الإنجاب. ارجع إلى https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/١٠٦٦٥/٤٣١٨٥/٩٢٤١٥٦٣١٥_eng.pdf?X.

[٢٤٤] تعريف المؤشر: نسبة النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و٤٩ عاماً (المتزوجات أو المرتبطات) اللواتي يتخذن قراراتهن الخاصة فيما يتعلق بالمجالات الثلاثة المحددة: أي أنه يمكنهن رفض الجماع الجنسي مع أزواجهن أو شركائهن إذا رغبن في ذلك، كما يمكنهن اتخاذ قرارات بشأن استخدام وسائل منع الحمل، وبشأن الرّعاية الصّحية الخاصة بهن. فقط النساء اللواتي أجبن "بنعم" عن كل العناصر الثلاثة هن النساء اللواتي "يتخذن قراراتهن الخاصة فيما يتعلق بالعلاقات الجنسية، واستخدام وسائل منع الحمل، والرّعاية الصّحية الإنجابية".

[٢٤٥] قاعدة بيانات الأمم المتحدة العالمية لأهداف التنمية المستدامة ٥,٦,١: نسبة النساء (اللواتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و٤٩ عاماً) اللواتي: يتخذن قراراتهن المستنيرة فيما يتعلق بالعلاقات الجنسية، ونسبة النساء اللواتي يتخذن قراراتهن المستنيرة فيما يتعلق بالرّعاية الصّحية الإنجابية، ونسبة النساء اللواتي يتخذن قراراتهن المستنيرة فيما يتعلق باستخدام وسائل منع الحمل. متوافر على https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/.

الديمغرافية والصحية، أجابت ٧٢,٦ في المائة من النساء في الأردن بـ "نعم" عن جميع الأسئلة الثلاثة.[٢٤٦]

على الرغم من عدم توافر البيانات الشاملة المتعلقة بمؤشرات الصحة الجنسية والإنجابية (على سبيل المثال، تلك المتعلقة بأهداف التنمية المستدامة الأربعة عشر ضمن الفئات المذكورة في بداية هذا القسم) للعديد من البلدان، فإن البيانات المتعلقة باتخاذ النساء المتزوجات للقرارات في ثلاثة بلدان (مصر والأردن واليمن) فيما يتعلق بالرّعاية الصّحية بشكل عام أوضحت أن النساء المتزوجات لا يتخذن عادةً القرارات المتعلقة بالصحة بأنفسهن (تتخذ المرأة القرارات المتعلقة بالصحة بنفسها بنسبة تتراوح بين ٩,٤ في المائة و٤٠,٠). ويتخذ الزوج القرارات المتعلقة بصحة زوجته، بما في ذلك القرارات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية لنسبة تتراوح بين ١١ في المائة و٤٢,٢ في المائة من النساء المتزوجات.

وبالمثل، تفتقر المنطقة إلى البيانات ذات الصلة باتخاذ القرارات فيما يتعلق بالعلاقات الجنسية. وتبلغ نسبة النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و٤٩ عاماً اللواتي يعتقدن أنه هناك ما يبرر للرجل ضرب زوجته إذا رفضت ممارسة الجنس معه ١٩,٩ في المائة في مصر و٣٢,٤ في المائة في اليمن.[٢٤٧]

الخدمات والبرامج والمعلومات

على الرغم من أن العديد من البلدان في المنطقة قد اتخذت خطوات تهدف إلى تحسين تغطية الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، فإنه لا تزال هناك أوجه عدم مساواة وتفاوتات كبيرة. وفي الأعوام الأخيرة، تفاقمت أوجه عدم المساواة والتفاوتات في بعض الحالات، وتحديداً في البلدان المتأثرة بالأزمات.[٢٤٨] وتشير الأدلة إلى إمكانية وصول النساء المتعلمات إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية بصورة أسهل من النساء أصحاب المستويات التعليمية المنخفضة أو غير المتعلمات.[٢٤٩] وكشفت الدراسات التي أجرتها منظمة هانديكاب إنترناشونال في الجزائر والمغرب وتونس بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة أن هناك خللاً كبيراً في نوع الخدمات وجودتها، كما أكدت أن أنظمة الرّعاية الصّحية غالباً ما تتجاهل الاحتياجات الإنجابية للنساء أصحاب الإعاقة.[٢٥٠]

كشفت دراسة إقليمية حديثة شملت ١١ دولة[٢٥١] في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ومنطقة الدول العربية أن العديد من العوائق التي تحول دون تحقيق الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية تتعلق بكيفية عمل النظام الصحي. وأشار التقرير إلى المسائل المتعلقة بالموارد البشرية والإمدادات، والفروقات بين القطاعين العام والخاص، والتنظيم الرأسي للبرامج الصحية، والافتقار إلى التغطية الصحية الشاملة باعتبارها عوائق رئيسة تحول دون تحقيق الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية. إضافة إلى ذلك، أشارت الدراسة إلى ضرورة تحسين إدماج الخدمات المتعلقة بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية في الخدمات القائمة الأخرى، على سبيل المثال، الخدمات المتعلقة بالصحة العقلية والأمراض غير السارية. ومن خلال تعزيز الصلات والروابط، ستكون الأنظمة الصحية قادرة على الاستفادة من الصلات بين النساء والفتيات اليافعات داخل النظام الصحي من أجل زيادة فرص الوقاية والعلاج. وبالإضافة إلى ذلك، فإن ضمان استمرارية الرعاية طوال دورة حياة المرأة من شأنه أن يزيد من إدماج الفئات المهمشة، بما في ذلك الفتيات اليافعات والشابات والنساء غير المتزوجات والنساء اللواتي بلغن سن اليأس، في أنظمة الرعاية.[٢٥٢]

التثقيف الجنسي الشامل

من الضروري أن يحصل الأفراد على معلومات دقيقة بشأن الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية حتى يتسنى لهم اتخاذ قرارات مستنيرة وحماية صحتهم. لذا، يوصي المؤتمر الدولي للسكان والتنمية على وجه التحديد بأن توفر البلدان برامج تثقيف جنسي شامل ودقيق علمياً داخل المدارس وخارجها.

ومع ذلك، فإن هذا النهج الشامل الذي يعالج الجوانب المعرفية والعاطفية والجسدية والاجتماعية للجنس الذي أقرّه المؤتمر الدولي للسكان والتنمية يُنظر إليه في المنطقة على أنه "يعزز السلوك المنحلّ أو

---

[٢٤٦] فقط النساء اللواتي أجبن "بنعم" عن كل العناصر الثلاثة هم النساء اللواتي "يتخذن قراراتهن الخاصة فيما يتعلق بالعلاقات الجنسية، واستخدام وسائل منع الحمل، والرّعاية الصّحية الإنجابية".

[٢٤٧] الدراسات الاستقصائية الديمغرافية والصحية (DHS)، والمسوحات العنقودية المتعددة المؤشرات (MICS)، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسف. يمكن الوصول إليها من خلال واجهة برمجة تطبيقات مؤشرات البنك الدولي.

[٢٤٨] صندوق الأمم المتحدة للسكان، خطة عمل التدخلات الإقليمية للدول العربية ٢٠١٨-٢٠٢١، من دون تاريخ.

[٢٤٩] المكتب الإقليمي لمنظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسف في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا بالتعاون مع المركز الدولي لبحوث المرأة، "زواج الأطفال في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (Child Marriage in the Middle East and North Africa)"، عام ٢٠١٧.

[٢٥٠] اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا، "تعزيز الحماية الاجتماعية للأشخاص ذوي الإعاقة في الدول العربية (Social Protection for Persons with Disabilities in Arab Countries Strengthening)"، عام ٢٠١٧.

[٢٥١] كانت هذه البلدان الـ ١١ على النحو الآتي: الجزائر ومصر والأردن ولبنان والمغرب ودولة فلسطين والمملكة العربية السعودية والسودان وسوريا وتونس والإمارات العربية المتحدة. وتم أيضاً تضمين جميع البلدان المشمولة في الدراسة المُشار إليها في تحليل الأوضاع المقبل.

[٢٥٢] صندوق الأمم المتحدة للسكان ونموذج السياسة الصحية لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، "التقرير الإقليمي، قوانين الصحة الجنسية والإنجابية وسياساتها في بلدان عربية محددة (Report, Sexual and Reproductive Health Laws and Policies in Selected Arab Countries Regional)"، عام ٢٠١٦.

اللاأخلاقي، ومن ثمّ فإن النهج المفضل فيما يتعلق بالتثقيف الجنسي هو الزهد والامتناع عن ممارسة الجنس".[٢٥٣]

في حين أن هناك قدراً كبيراً من العمل الذي يتعين القيام به من أجل الوفاء بالتزامات المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، فإن العديد من البلدان في المنطقة قد بذلت جهوداً لتوسيع نطاق انتشار التثقيف الجنسي. على سبيل المثال، وافقت وزارة التربية والتعليم العالي ووزارة الصحة العامة في لبنان على مرسوم صدر في عام ٢٠١٠ لإدخال منهج تثقيفي مدرسي عن الصحة الإنجابية وقضايا الجنسين، لكن لم يتم تطبيقه على نطاق واسع في المدارس حتى الآن. كما اتخذت وزارة الصحة في دولة فلسطين خطوات لتنفيذ توصيات المؤتمر الدولي للسكان والتنمية من خلال تنفيذ برامج تثقيف جنسي شامل، داخل المدارس وخارجها، تتضمن معلومات حول الحصول على وسائل منع الحمل واستخدامها.[٢٥٤] كما أحرزت الأردن وتونس تقدماً جيداً في الأعوام الأخيرة في إضفاء الطابع المؤسسي على التثقيف الجنسي الشامل.

ومع ذلك، لا تُظهر البلدان الأخرى تقدماً ملموساً فيما يتعلق بالتثقيف الجنسي الشامل. فقد كشفت بيانات منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونسكو) أن نسبة ٣,١ في المائة فقط من المدارس الإعدادية في دولة فلسطين تقدم تثقيفاً جنسياً قائماً على المهارات الحياتية.

وأفادت منظمة اليونسكو، أنه في حين أنّ البحرين وعُمان وقطر والمملكة العربية السعودية لديها تغطية بنسبة ١٠٠ في المائة فيما يتعلق بتوفير تثقيف جنسي قائم على المهارات الحياتية في المدارس الثانوية، فقد لاحظت نسبة لا تكاد تذكر من المدارس التي توفر التثقيف الجنسي في الجزائر ومصر.[٢٥٥]

تُظهر النتائج المستخلصة من دراسةٍ شملت ١١ دولة في المنطقة[٢٥٦] أنه لم تعلن أي دولة من هذه الدول عن تنفيذ برامج التثقيف الجنسي الشامل - وحتى في حالة وجود مناهج تتعلق بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، لم يكن المعلمون مدربين بشكل كافٍ واتسم التنفيذ بالضعف.[٢٥٧]

تشير البيانات التي نشرها صندوق الأمم المتحدة للسكان في عام ٢٠٢٠[٢٥٨] إلى أن هناك دولتين فقط توفران تثقيفاً جنسياً شاملاً في المدارس هما: قطر وتونس، كما أن هناك دولاً أخرى (جيبوتي ومصر والأردن وسوريا) توفر شكلاً من أشكال التثقيف الجنسي خارج سياق المنهج المدرسي. يلخص الجدول الآتي، المستخلص من نتائج صندوق الأمم المتحدة للسكان، التقدم الذي أحرزته الدول في تنفيذ برامج التثقيف الجنسي الشامل بدءاً من عام ٢٠٢٠:

الجدول ١,١٤:

التقدم المحرز في تنفيذ برامج التثقيف الجنسي الشامل[٢٥٩]

البلد	المناهج المدرسية	الموضوعات المدرسية التي يتم تدريسها	الموضوعات غير المدرسية التي يتم تدريسها
البحرين	غير متوفر	جسم الإنسان ومراحل نموه	لا توجد معلومات
الكويت	غير متوفر	لا توجد معلومات	لا توجد معلومات
عُمان	غير متوفر	العنف والبقاء آمناً	لا توجد معلومات
قطر	متوفر	القيم والحقوق والثقافات والجنس، جسم الإنسان ومراحل نموه، الصحة الجنسية والإنجابية	دورة تدريبية نظمتها شبكة تثقيف الأقران حول التثقيف عن طريق الأقران
المملكة العربية السعودية	غير متوفر	لا توجد معلومات	جسم الإنسان ومراحل نموه
الإمارات العربية المتحدة	غير متوفر	لا توجد معلومات	لا توجد معلومات

[٢٥٣] المكتب الإقليمي لصندوق الأمم المتحدة للسكان في الدول العربية، "بين العيب* والزواج: نظرة متعمقة حول التثقيف الجنسي الشامل في المنطقة العربية (between b a٣* nd Marriage: Navigating Comprehensive Sexuality Education in the Arab Regioneib)"، عام ٢٠٢٠.

[٢٥٤] صندوق الأمم المتحدة للسكان ونموذج السياسة الصحية لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، "التقرير الإقليمي، قوانين الصحة الجنسية والإنجابية وسياساتها في بلدان عربية محددة (Regional Report, Sexual and Reproductive Health Laws and Policies in Selected Arab Countries)"، عام ٢٠١٦.

[٢٥٥] معهد اليونسكو للإحصاء، هدف التنمية المستدامة ٤,٧,٢.

[٢٥٦] الجزائر ومصر والأردن ولبنان والمغرب ودولة فلسطين والمملكة العربية السعودية والسودان وسوريا وتونس والإمارات العربية المتحدة.

[٢٥٧] صندوق الأمم المتحدة للسكان ونموذج السياسة الصحية لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، "التقرير الإقليمي، قوانين الصحة الجنسية والإنجابية وسياساتها في بلدان عربية محددة (and Policies in Selected Arab Countries Regional Report, Sexual and Reproductive Health Laws)"، عام ٢٠١٦.

[٢٥٨] المكتب الإقليمي لصندوق الأمم المتحدة للسكان في الدول العربية، "بين العيب* والزواج: نظرة متعمقة حول التثقيف الجنسي الشامل في المنطقة العربية (between b ٣and Marriage: Navigating Comprehensive Sexuality Education in the Arab Region eib*)"، عام ٢٠٢٠.

[٢٥٩] المرجع نفسه

الجزائر	غير متوفر	جسم الإنسان ومراحل نموه	لا توجد معلومات
ليبيا	غير متوفر	لا توجد معلومات	لا توجد معلومات
المغرب	متوفر	جسم الإنسان ومراحل نموه، والتثقيف الجنسي	
تونس	متوفر	قيد الموافقة	العلاقات، القيم والحقوق والثقافات والجنس، فهم النوع الاجتماعي، العنف والبقاء آمناً، اكتساب مهارات الحفاظ على الصحة والرفاهية، جسم الإنسان ومراحل نموه، الجنس والسلوك الجنسي، الصحة الجنسية والإنجابية
مصر	غير متوفر	لا توجد معلومات	العنف والبقاء آمناً، اكتساب مهارات الحفاظ على الصحة والرفاهية، جسم الإنسان ومراحل نموه، الجنس والسلوك الجنسي، الصحة الجنسية والإنجابية
إيران	لا توجد معلومات	لا توجد معلومات	لا توجد معلومات
العراق	غير متوفر	لا توجد معلومات	جسم الإنسان ومراحل نموه
الأردن			العلاقات، القيم والحقوق والثقافات والجنس، فهم النوع الاجتماعي، العنف والبقاء آمناً، اكتساب مهارات الحفاظ على الصحة والرفاهية، جسم الإنسان ومراحل نموه، الجنس والسلوك الجنسي، الصحة الجنسية والإنجابية
لبنان	غير متوفر	جسم الإنسان ومراحل نموه	فهم النوع الاجتماعي، العنف والبقاء آمناً، جسم الإنسان ومراحل نموه، الجنس والسلوك الجنسي، الصحة الجنسية والإنجابية
سوريا	غير متوفر	لا توجد معلومات	العنف والبقاء آمناً، جسم الإنسان ومراحل نموه، الصحة الجنسية والإنجابية
دولة فلسطين	غير متوفر	لا توجد معلومات	لا توجد معلومات
جيبوتي	غير متوفر	لا توجد معلومات	العنف والبقاء آمناً، جسم الإنسان ومراحل نموه، التكاثر، الصحة الجنسية والإنجابية
الصومال	غير متوفر	العلاقات، جسم الإنسان ومراحل نموه	جسم الإنسان ومراحل نموه
السودان	غير متوفر	جسم الإنسان ومراحل نموه	العنف والبقاء آمناً، جسم الإنسان ومراحل نموه
اليمن	غير متوفر	لا توجد معلومات	لا توجد معلومات

تنظيم الأسرة

على الرغم من توسيع نطاق تغطية خدمات تنظيم الأسرة في المنطقة، فإنها غالباً ما تخدم النساء المتزوجات ويظل استخدام موانع الحمل بين النساء والفتيات غير المتزوجات شاذاً أو غير متعارف عليه.[٢٦٠] والأمر الذي يدعو إلى القلق هو أنه لم تتم تلبية الاحتياجات المتعلقة بتنظيم الأسرة في البلدان المتضررة من النزاعات. وفي هذه البلدان، تقل احتمالية تلبية احتياجات الشابات (اللواتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و٢٩ عاماً) فيما يتعلق بتنظيم الأسرة مقارنةً بالفئات الأكبر سناً. ونظراً إلى أن النزاعات التي طال أمدها قد تسببت في انخفاض متوسط سن الزواج الأول، فقد تُجبر هؤلاء الشابات اللواتي لا يحصلن على وسائل منع الحمل على تكوين أسر بعدد أكبر من المرغوب. ويُعد منع حالات الحمل غير المقصود والحد من حمل اليافعات أمراً بالغ الأهمية من أجل صحة هؤلاء الشابات ورفاههن. وتُعد الوقاية من خلال الوصول الشامل إلى الرّعاية الصّحية الجنسية والإنجابية أمراً مهماً للغاية، لا سيما في البلدان

[٢٦٠] المكتب الإقليمي لمنظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسف في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا بالتعاون مع المركز الدولي لبحوث المرأة، "زواج الأطفال في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (Marriage in the Middle East and North Africa Child)"، عام ٢٠١٧.

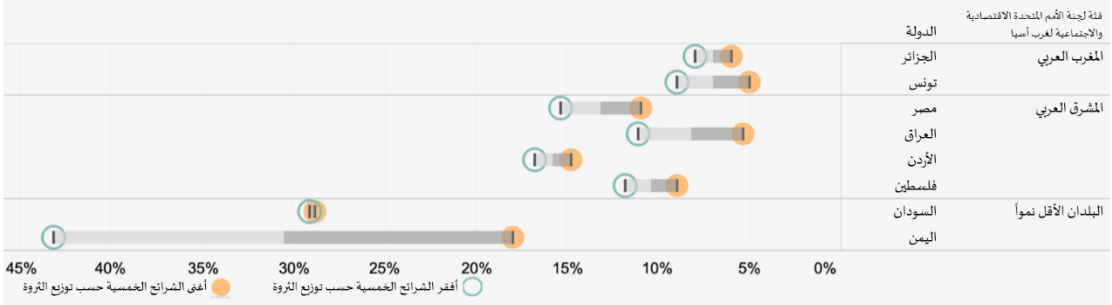
المتضررة من النزاعات التي تتدهور فيها الظروف الاجتماعية والاقتصادية، على سبيل المثال فيما يتعلق بجائحة فيروس كورونا المستجد كوفيد ١٩ الذي أثر بشكل كبير على الوضع الاجتماعي والاقتصادي للعديد من الأشخاص (تمت مناقشة ذلك أعلاه).[٢٦١]

توصلت النتائج المستخلصة من دراسةٍ شملت ١١ دولة في المنطقة[٢٦٢] إلى أن الشباب المتزوجين عادةً لا يستخدمون وسائل تنظيم الأسرة. إضافة إلى ذلك، أظهرت الدراسة أن البلدان لا توفر الوصول الكامل إلى خدمات تنظيم الأسرة للأشخاص ذوي الإعاقة أو الأقليات.[٢٦٣]

تشير البيانات إلى أن الاحتياجات التي لم يتم تلبيتها فيما يتعلق بتنظيم الأسرة ترتبط ارتباطاً عكسياً بثروة الأسر المعيشية في جميع البلدان في المنطقة، وتُعد اليمن أكبر مثال على وجود ارتباط واضح بين الاحتياجات التي لم يتم تلبيتها وثروة الأسر المعيشية. ففي اليمن، أفادت ٤٣ في المائة من النساء المتزوجات من الشريحة الأشد فقراً أن لديهن احتياجات لم يتم تلبيتها فيما يتعلق بتنظيم الأسرة، مقارنةً بـ ١٨ في المائة من الشريحة الأغنى.

الشكل 1.10: الاحتياجات التي لم تتم تلبيتها فيما يتعلق بتنظيم الأسرة (%)، حسب ثروة الأسرة

يوضح هذا الشكل النسبة المئوية للنساء المتزوجات حالياً اللاتي يحتجن إلى تنظيم الأسرة للمباعدة بين الولادات أو تحديدها أو كليهما.



المصدر: المسوحات العنقودية المتعددة المؤشرات والدراسات الاستقصائية الديمغرافية والصحية، كما جمعها البنك الدولي. تم الوصول إليها من خلال واجهة برمجة التطبيقات.

وأفاد ما يقرب من ٧٨ في المائة من النساء المتزوجات أو المرتبطات اللواتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و٤٩[٢٦٤] في المنطقة أن احتياجاتهن الإنجابية المتعلقة بتنظيم الأسرة تلبى باستخدام الوسائل الحديثة.[٢٦٥] وتُعد النسبة في مصر هي الأعلى بين جميع النساء في المنطقة؛ حيث أفادت ما يقرب من ٨٠ في المائة من النساء بأن احتياجاتهن تُلبّى باستخدام الوسائل الحديثة. بينما توجد النسبة الأقل في ليبيا؛ حيث أفادت ٢٤ في المائة فقط من النساء أن احتياجاتهن تُلبّى باستخدام الوسائل الحديثة.[٢٦٦]

بالإضافة إلى ذلك، وجدت بيانات المسح التي تم جمعها بواسطة المشروع العربي لصحة الأسرة (PAPFAM) والدراسات الاستقصائية الديمغرافية والصحية (DHS) أنه لم يتم الاستشهاد بالدين كسبب رئيسي وراء عدم سعي النساء للحصول على الخدمات المتعلقة بتنظيم الأسرة. ففي سوريا، على سبيل المثال، ذكرت ٣ في المائة فقط من النساء اللواتي لا يستخدمن وسائل منع الحمل أو يعتزمن استخدامها أن التحريم الديني هو السبب الرئيسي. وفي اليمن، ذكر أقل من ٣ في المائة من النساء اللواتي لم تتم تلبية احتياجاتهن المتعلقة بتنظيم الأسرة واللواتي لم يكن لديهن نية استخدام وسائل منع الحمل أن التحريم الديني هو السبب الرئيس وراء عدم سعيهن للحصول على وسائل منع

[٢٦١] اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا، "أهداف التنمية المستدامة في المنطقة العربية المتضررة من النزاعات، رصد أهداف التنمية المستدامة عن طريق البيانات الجزئية الناتجة عن المسوحات الأسرية (Monitoring the Sustainable Development Goals in an Arab Region Affected by Conflict, The Sustainable Development Goals with Household Survey Microdata)"، عام ٢٠١٨.

[٢٦٢] الجزائر ومصر والأردن ولبنان والمغرب ودولة فلسطين والمملكة العربية السعودية والسودان وسوريا وتونس والإمارات العربية المتحدة.

[٢٦٣] صندوق الأمم المتحدة للسكان ونموذج السياسة الصحية لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، "التقرير الإقليمي، قوانين الصحة الجنسية والإنجابية وسياساتها في بلدان عربية محددة (Regional Report, Sexual and Reproductive Health Laws and Policies in Selected Arab Countries)"، عام ٢٠١٦.

[٢٦٤] يغطي هذا المؤشر كلاً من العلاقات الرسمية (أي الزيجات) وغير الرسمية. تُعرَّف العلاقات غير الرسمية بشكل عام على أنها العلاقات التي يعيش فيها شخصان معاً لبعض الوقت، بنية إقامة علاقة دائمة، ولكن من دون إقامة مراسم رسمية للزواج المدني أو الديني (أي المعاشرة من دون زواج).

[٢٦٥] مستودع بيانات منظّمة الصّحّة العالميّة، النساء في سن الإنجاب (اللواتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و٤٩ عاماً) اللواتي تلبي احتياجاتهن الإنجابية المتعلقة بتنظيم الأسرة باستخدام الوسائل الحديثة (النسبة المئوية). الفترة من ٢٠١٠ إلى ٢٠١٨. لا تتوافر بيانات حول الصومال أو جيبوتي أو البحرين أو المملكة العربية السعودية أو سوريا أو دولة فلسطين أو الإمارات العربية المتحدة.

[٢٦٦] مستودع بيانات منظّمة الصّحّة العالميّة، النساء في سن الإنجاب (اللواتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و٤٩ عاماً) اللواتي تلبي احتياجاتهن الإنجابية المتعلقة بتنظيم الأسرة باستخدام الوسائل الحديثة (النسبة المئوية) في الفترة بين ٢٠١٠ و٢٠١٨ فقط. يرجى الاطلاع على بيانات مصر وليبيا. للاطلاع على تعريف "المتزوجين أو المرتبطين". ارجع إلى: http://apps.who.int/gho/data/view.xgswcah-٣٠meta.

الحمل.[٢٦٧] ومع ذلك، يجب تفسير هذه النتائج بعناية، بسبب القيود الدينية الواضحة التي يتم وضعها حول وسائل منع الحمل في المنطقة.

الإجهاض الآمن (القانوني) والرعاية بعد الإجهاض (بغض النظر عن الشرعية القانونية)

يُعد الإجهاض المذكور أعلاه قانونياً على الأقل في بعض الظروف (وإن كان ذلك بدرجات متفاوتة) في جميع بلدان المنطقة باستثناء أربعة منها. عندما يكون الإجهاض قانونياً، يجب أن يكون آمناً دائماً، وينص برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية على أنه يجب أن تحصل النساء دائماً على رعاية جيدة بعد الإجهاض، بغض النظر عما إذا كان الإجهاض قانونياً في البلد أم غير قانوني.[٢٦٨]

ومن ثمَّ، يُعد الإجهاض - خاصة الإجهاض غير الآمن[٢٦٩]- موضوعاً من المواضيع المهملة المتعلقة بالصحة العامة في المنطقة.[٢٧٠] في حين أن استخدام مجموعة من وسائل تنظيم الأسرة قد ازداد في المنطقة، فإن حالات الحمل غير المخطط لها التي تنتهي بالإجهاض ظلت دون تغيير تقريباً. تشير البيانات إلى أن حالتين من كل خمس حالات حمل في المنطقة تكون غير مخطط لها، وتنتهي نصف حالات الحمل غير المخطط لها بالإجهاض.[٢٧١] تُعد وفيات الأمهات بسبب الإجهاض غير الآمن أحد أكثر أسباب وفيات الأمهات التي يمكن الوقاية منها بسهولة، ومع ذلك، لا تسعى النساء في كثير من الأحيان إلى الحصول على رعاية ما بعد الإجهاض في المنطقة بسبب المخاطر المتصورة (مثل الخوف من الاستغلال أو سوء المعاملة أو الاقتصاص القانوني) أو عدم التوعية بضرورتها أو عدم توافر الخدمات.[٢٧٢]

تُعد الأبحاث المتعلقة بالإجهاض التي تُجرى في المنطقة نادرة، وإن تم إجراؤها، تكون على نطاق ضيق. وتتضمن الأمثلة على الأدلة المستقاة من الدراسات الحديثة ما يأتي:

- تشير التقديرات من شمال أفريقيا إلى أنه تم إجراء ما يقرب من مليوني عملية إجهاض كل عام بين عامي ٢٠١٠ و٢٠١٤. ومن بين تلك الحالات، تم اعتبار نسبة ٢٩ في المائة فقط "عمليات آمنة" وتم اعتبار نسبة ٤٤ في المائة "أقل أماناً"، ما يعني أنه تم إجراؤها بواسطة أفراد غير مدربين في بيئة طبية دون المستوى المطلوب. وتُعد هذه النسبة أعلى بأكثر من ثلاث مرات من المتوسط العالمي لعمليات الإجهاض "الأقل أماناً" الذي تبلغ نسبته ١٤ في المائة.[٢٧٣]
- كشفت دراسة أجرتها جمعية تنظيم وحماية الأسرة الفلسطينية في أربع مناطق ريفية وحضرية في محافظة الخليل أن أكثر من ٧٠ في المائة من النساء قد أجهضن مرة واحدة على الأقل (الإجهاض المتعمد بنسبة ١١ في المائة والإجهاض التلقائي بنسبة ٦٦ في المائة). ومن بين حالات الإجهاض المتعمد، قامت ٦٨ في المائة من النساء بذلك سراً ومن دون علم أحد.

تُعد الأمثلة على الدول التي تتخذ إجراءات لمعالجة الإجهاض غير الآمن نادرة أيضاً. كما ذُكر سابقاً، تُعد تونس الدولة الوحيدة في المنطقة التي تسمح بالإجهاض بناءً على الطلب، بينما تُجرم جميع الدول الأخرى الإجهاض إلا بموجب أسس قانونية محددة، بما في ذلك الحفاظ على حياة الأم أو صحتها أو تجنب تشوه الجنين. وتشير الأدلة من المغرب إلى أن الإجهاض يُعد شائعاً وأنه قد جرت نقاشات حول الإصلاحات التشريعية في عام ٢٠١٥. بعد جهود التوعية التي بذلتها المنظمات غير الحكومية، تناول هذا الموضوع أربعة شركاء حكوميين: وزارة الشؤون الدينية، ووزارة العدل، ووزارة الصحة في إطار تعديل القانون الجنائي، والمجلس القومي لحقوق الإنسان. وقد صدَّق ملك المغرب على توصياتها وتم توسيع نطاق الظروف التي يُسمح فيها بالإجهاض لتشمل الظروف الصحية للمرأة (بما في ذلك الصحة العقلية) وحالات الاغتصاب وسفاح المحارم والتشوهات الخلقية.

تُعد رعاية ما بعد الإجهاض في جميع أنحاء المنطقة غير كافية بسبب عدم شرعية الإجهاض قانوناً في أغلب البلدان. وعلى الرغم من أن بعض البلدان قد رصدت عمليات إجهاض آمنة غير قانونية تم إجراؤها بواسطة أطباء من القطاع الخاص، فإن إمكانية الوصول إلى عمليات الإجهاض الآمنة وغير القانونية تُمثل حالة من حالات عدم المساواة؛ حيث لا

---

[٢٦٧] رودي فهيمي، وفرزانا، وآخرون، حاجة المرأة إلى تنظيم الأسرة في الدول العربية، صندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠١٢.

[٢٦٨] الإجراءات الرئيسة لمواصلة تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، الوثائق الرسمية للجمعية العامة للأمم المتحدة، الدورة الاستثنائية الحادية والعشرون، من ٣٠ يونيو إلى ٣ يوليو، عام ١٩٩٩، الفقرة ٦٣، وثيقة الأمم المتحدة A/S-٢١/٥/Add.١ (١٩٩٩)؛ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، المرجع الوراد في الحاشية ٩ أعلاه، الفقرتان ٧,٢٤ و٨,٢٥.

[٢٦٩] يُعرَّف الإجهاض غير الآمن بأنه إجراء لإنهاء الحمل يقوم به أفراد يفتقرون إلى التدريب اللازم أو يتم إجراؤه في بيئة لا تتوافق مع الحد الأدنى من المعايير الطبية، أو كلهما. المصدر: منظّمة الصحّة العالميّة.

[٢٧٠] المكتب الإقليمي لصندوق الأمم المتحدة للسكان في الدول العربية، "منع الإجهاض غير الآمن في الدول العربية (Prevention of unsafe abortion in the Arab states)"، عام ٢٠١٨.

[٢٧١] معهد غوتماشر، "استخلاص النتائج: الاستثمار في وسائل منع الحمل وصحة الأم والمولود، ٢٠١٧ - منهجية التقدير (Adding It Up: Investing in Contraception and Maternal and Newborn Health, ٢٠١٧—Estimation Methodology)"، الجدولان ٦ و٧، عام ٢٠١٧.

[٢٧٢] المكتب الإقليمي لصندوق الأمم المتحدة للسكان في الدول العربية، "منع الإجهاض غير الآمن في الدول العربية (evention of unsafe abortion in the Arab statesPr)"، عام ٢٠١٨.

[٢٧٣] معهد غوتماشر، "الإجهاض في جميع أنحاء العالم ٢٠١٧: التقدُّم غير المتساوي، والتفاوت في الوصول (Uneven Progress and Unequal Access :٢٠١٧Abortion Worldwide)"، عام ٢٠١٧.

يتمكن من الوصـــول إلى الإجهاض الآمن إلا من يســـتطع دفع أجر طبيب خاص لإجراء العملية.

الرعاية الســـابقة للولادة والرعاية خلال الولادة الآمنة والرعاية اللاحقة للولادة

الرعاية السابقة للولادة

تُعد نســـبة الرعاية الســـابقة للولادة أقل في المناطق الريفية في بعض البلدان الموجودة في المنطقة؛ حيث أبلغت النســـاء الريفيات في العراق والسـودان عن انخفاض ملحوظ من الناحية الإحصائية في الحصـول على الرعاية. في بعض البلدان، يبدو أن الجهود المبذولة لزيادة تغطية الرعاية الســـابقة للولادة قد نجحت في ســـد الفجوة القائمة بين المناطق الريفية والحضـرية. سـجلت الأردن على وجه الخصـوص تغطية ممتازة في كل من المناطق الريفية والحضـــرية. وبالمثل، أبلغت مصـــر والجزائر عن وجود اختلافات غير ملحوظة في إمكانية الوصول بين النساء في المناطق الريفية والحضرية.

الجدول ١,١٥

تغطية الرعاية السابقة للولادة: (في غضون عامين أو ثلاثة أعوام قبل إجراء المسح)

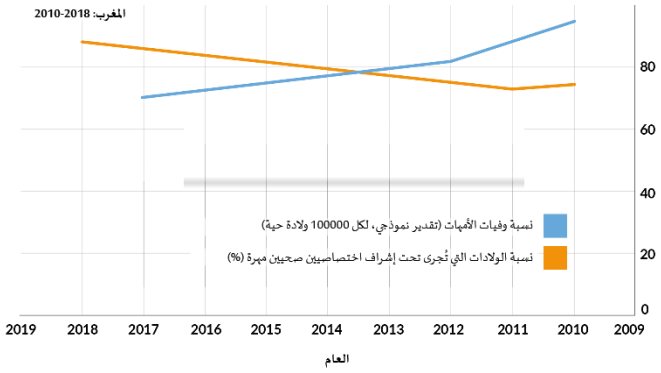
			زيارة واحدة		أربع زيارات	
البلد	العام	المصدر	المناطق الحضرية	المناطق الريفية	المناطق الحضرية	المناطق الريفية
الجزائر	٢٠١٢	MICS	٩٣,٦ [٩٢,٦-٩٤,٥]	٩١,٣ [٨٩,٥-٩٢,٨]	٧٢,٣ [٧٠,٣-٧٤,٣]	٥٩,٥ [٥٥,٨-٦٣,١]
مصر	٢٠١٤	DHS	٩٣,١ [٩١,٧-٩٤,٣]	٩٠,٥ [٨٩,٣-٩١,٦]	٨٨,١ [٨٦,٥-٨٩,٦]	٨١,٩ [٨٠,٢-٨٣,٥]
العراق	٢٠١١	MICS	٨٣,٣ [٨١,٨-٨٤,٦]	٦٦,١ [٦٣,٨-٦٨,٣]	٥٤,٠ [٥٢,٠-٥٥,٩]	٤٠,٥ [٣٨,٤-٤٢,٨]
الأردن	٢٠١٢	DHS	٩٩,١ [٩٨,٣-٩٩,٥]	٩٩,١ [٩٨,٢-٩٩,٦]	٩٤,٥ [٩٢,٩-٩٥,٨]	٩٣,١ [٩٠,٩-٩٤,٨]
السودان	٢٠١٤	MICS	٩٠,٨ [٨٨,٦-٩٢,٦]	٧٤,٩ [٧١,٥-٧٨,٠]	٧١,٨ [٦٨,٧-٧٤,٧]	٤٣,٢ [٤٠,٢-٤٦,٢]

المصدر: مستودع بيانات المرصد الصحي العالمي

نسبة وفيات الأمومة (MMR)

الشكل ١,١١:

نسبة وفيات الأمومة، المغرب (الفترة من ٢٠١٠ إلى ٢٠١٨)[٢٧٤]



بشـــكل عام، تميل نســـبة وفيات الأمومة[٢٧٥] في المنطقة إلى الانخفاض، ويُرجح أن يكون ذلك نتيجةً للجهود المبذولة لتحســـين الرعاية الســـابقة للولادة والرّعاية الصّـحية بشـــكل عام. ووفقاً للبيانات التي تم جمعها ونمذجتها من قِبَل البنك الدولي، فإن ١٤ دولة من أصـــل ٢١ قد حققت هدف التنمية المستدامة المتمثل في خفض نسبة وفيات الأمومة إلى أقل من ٧٠ حالة لكل ١٠٠٠٠٠ حالة ولادة حية. وبعد ترجيح عدد الســـكان، فإن المنطقة ككل لم تحقق الهدف بعد؛ حيث يُقدر عدد الوفيات بـ ١٢٣,٥ حالة لكل ١٠٠٠٠٠ حالة ولادة حية. ومع ذلك، فإن التفاوت بين الدول يبرز بشـــكل كبير في هذا المؤشـــر؛ حيث بلغت حالات الوفاة في الصـــومال أكثر من ٨٠٠ حالة وفاة لكل ١٠٠٠٠٠ حالة ولادة حية، بينما

[٢٧٤] قاعدة بيانات مؤشرات التنمية العالمية التابعة للبنك الدولي: نسبة الولادات التي تُجرى تحت إشراف اختصاصيين صحيين مهرة: المغرب.

[٢٧٥] تُعرَّف نسبة وفيات الأمومة على أنها عدد حالات وفاة الأمهات خلال فترة زمنية معينة لكل ١٠٠٠٠٠ ولادة حية خلال الفترة الزمنية نفسها. تم جمع كل البيانات المستخدمة في حساب نسبة وفيات الأمومة من قاعدة بيانات مؤشرات التنمية العالمية التابعة للبنك الدولي؛ حيث تجمع البيانات وتعرضها من منظّمة الصّحّة العالميّة، واليونيسف، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ومجموعة البنك الدولي، وشعبة السكان التابعة للأمم المتحدة. الاتجاهات السائدة في وفيات الأمهات: من عام ٢٠٠٠ إلى عام ٢٠١٧. جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٩. تم إجراء عملية الترجيح باستخدام أساليب الترجيح القياسية من خلال حساب معدل الخصوبة الإجمالي للنساء والفتيات اللواتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و٤٩ عاماً كما نشرته إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية/شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة.

سجلت الإمارات ثلاث حالات فقط للرقم نفسه. إن التعداد السكاني الكبير وانخفاض نسبة وفيات الأمومة نسبياً في مصر وإيران يسهم في تقليل المعدل المتوسط المرجح بشكل كبير على مستوى المنطقة. وقد لوحظ تقدم جيد في كل بلد على حدة، وذلك على الرغم من عدم تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية/أهداف التنمية المستدامة (على سبيل المثال، الجزائر).

خطر تعرض الأمهات للوفاة على مدى حياتهن هو احتمال وفاة أنثى تبلغ من العمر ١٥ عاماً بسبب مضاعفات الحمل أو الولادة على مدى حياتها؛ ويأخذ في الحسبان كل من نسبة وفيات الأمومة ومعدل الخصوبة الإجمالي (متوسط عدد الولادات لكل امرأة خلال سنوات الإنجاب). توجد في المنطقة اختلافات جوهرية بالنسبة إلى هذا المؤشر؛ حيث يتراوح عدد وفيات الأمهات من ١ من كل ٢٠ في الصومال إلى ١ فقط من كل ١٧٩٠٠ في الإمارات العربية المتحدة. خطر تعرض الأمهات للوفاة على مدى حياتهن هو احتمال وفاة أنثى تبلغ من العمر ١٥ عاماً في نهاية المطاف بسبب عوامل مرتبطة بالأمومة على افتراض بقاء معدلات الخصوبة والوفيات عند مستواها الحالي، مع مراعاة أسباب الوفاة الأخرى. توجد في المنطقة اختلافات مذهلة بالنسبة إلى هذا المؤشر؛ حيث يتراوح عدد وفيات الأمهات من ١ من كل ٢٠ في الصومال إلى ١ فقط من كل ١٧٩٠٠ في الإمارات العربية المتحدة.

الجدول ١,١٦:

خطر تعرض الأمهات للوفاة على مدى حياتهن

احتمال وفاة أنثى تبلغ من العمر ١٥ عاماً في نهاية المطاف بسبب عوامل مرتبطة بالأمومة على افتراض بقاء معدلات الخصوبة والوفيات عند مستواها الحالي، مع مراعاة أسباب الوفاة الأخرى.

بلدان مجلس التعاون الخليجي	الإمارات العربية المتحدة	١٧,٩٠٠
	قطر	٥,٠٠٠
	الكويت	٤,٢٠٠
	البحرين	٣,٠٠٠
	المملكة العربية السعودية	٢,٣٠٠
	عُمان	١,٦٠٠
المغرب العربي	الجزائر	٢٧٠
	المغرب	٥٦٠
	ليبيا	٥٩٠
	تونس	٩٧٠
المشرق العربي	إيران	٢,٦٠٠
	لبنان	١,٦٠٠
	سوريا	١,٠٠٠
	دولة فلسطين	٨٨٠
	مصر	٧٣٠
	الأردن	٧٣٠
	العراق	٣٢٠
البلدان الأقل نمواً	اليمن	١٥٠
	جيبوتي	١٤٠
	السودان	٧٥
	الصومال	٢٠

المصدر: منظّمة الصّحّة العالميّة، واليونيسف، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ومجموعة البنك الدولي، وشعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، "الاتجاهات السائدة في وفيات الأمهات (Trends in Maternal Mortality)"، عام ٢٠١٩".

نسبة الولادات التي يشرف عليها اختصاصيون صحيون مهرة[٢٧٦]

تشير البيانات المتاحة من عام ٢٠١٠ إلى عام ٢٠١٨ إلى أن ١٣ دولة من أصل ٢١ دولة في المنطقة قد وصلت إلى معدل ٩٠ في المائة على الأقل من كل الولادات التي تتم تحت إشراف اختصاصي صحي ماهر، ويبلغ معدل كل الولادات[٢٧٧] التي تتم تحت إشراف اختصاصي صحي ماهر في كل الدول باستثناء اليمن والصومال أكثر من ٧٥ في المائة. وعلى الصعيد الإقليمي، تتم حوالي ٧٦ في المائة من كل الولادات تحت إشراف اختصاصيين صحيين مهرة.[٢٧٨] وُجد أن البلدان التي تعاني من صراعات مستمرة تشهد انخفاضاً سريعاً في معدلاتها، على سبيل المثال، تسببت الأزمة السورية في انخفاض معدل الولادة على يد اختصاصيين مهرة بنسبة تصل إلى ٢٤,٢ في المائة،[٢٧٩] مع حدوث انتكاسات مماثلة لوحظت في اليمن.[٢٨٠]

من الجدير بالذكر أن نسبة وفيات الأمومة ترتبط ارتباطاً عكسياً بنسبة الولادات التي تتم تحت إشراف اختصاصيين مهرة: عند ارتفاع نسبة الولادات التي تتم تحت إشراف اختصاصيين مهرة، تنخفض نسبة وفيات الأمومة. على سبيل المثال، انخفضت نسبة وفيات الأمومة في المغرب من ١٥٣ حالة في عام ٢٠١٠ إلى ١٢١ حالة في عام ٢٠١٥. ومن الممكن أن يُعزى هذا النجاح جزئياً إلى جهود الاختصاصيين الصحيين المهرة عند الولادة - الذين ارتفعت معدلات حضورهم من ٧٤,١ في المائة في عام

[٢٧٦] هدف التنمية المستدامة ذي الصلة: ٣,١: خفض معدل وفيات الأمهات.

[٢٧٧] قاعدة بيانات مؤشرات التنمية العالمية التابعة للبنك الدولي: نسبة الولادات التي تُجرى تحت إشراف اختصاصيين صحيين مهرة: الصومال، ٩ في المائة عام ٢٠٠٩.

[٢٧٨] تقديرات صندوق الأمم المتحدة للسكان، لا تشمل إيران.

[٢٧٩] اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا. "الصراع في الجمهورية العربية السورية، الانعكاسات على الاقتصاد الكلي والأهداف الإنمائية للألفية (The Conflict in the Economy & MDGs-Syrian Arab Republic, Implications for the Macro)"، عام ٢٠١٤.

[٢٨٠] أخبار الأمم المتحدة. "اليمن: صحة الأم والمولود "على حافّة الهاوية" (Yem'en: maternal and newborn health on the brink of total collapse)"، تنبيهات منظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسف، عام ٢٠١٩.

٢٠١٠ إلى ٨٦,٦ في المائة في عام ٢٠١٨.[٢٨١] يشير أحدث مسح وطني للسكان والصحة في عام ٢٠١٨ إلى أن نسبة وفيات الأمومة انخفضت من ١١٢ حالة وفاة لكل ١٠٠٠٠٠ ولادة حية (من ٢٠٠٩ إلى ٢٠١٠) إلى ٧٢,٦ (من ٢٠١٥ إلى ٢٠١٦)، وهو انخفاض بنسبة ٣٥%.

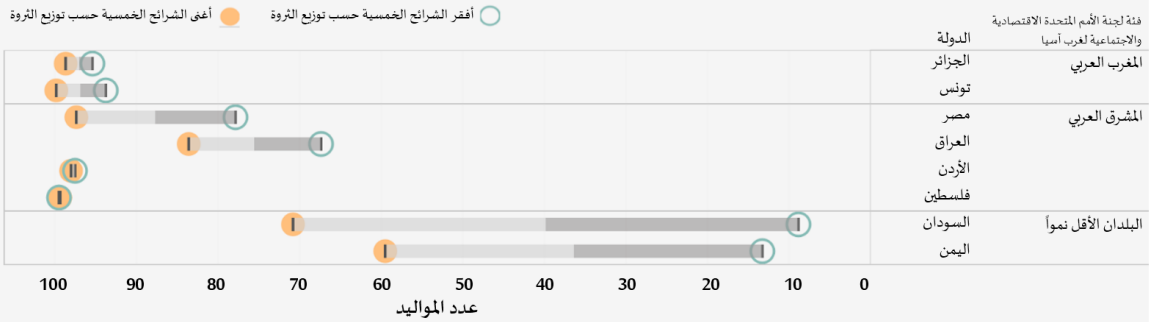
مكان الولادة

تشير البيانات المأخوذة من الدراسة الاستقصائية الديمغرافية والصحية والمسوحات العنقودية المتعددة المؤشرات إلى أن النساء في المنطقة المصنفات من أفقر الشرائح الخمسية حسب توزيع الثروة لديهن وصول أقل إلى المرافق الصحية في جميع أنحاء المنطقة. تظهر العلاقة بين الشرائح الخمسية حسب توزيع الثروة وإمكانية الوصول إلى المرافق الصحية للولادة بشكل أكبر في البلدان الأقل نمواً؛ حيث تزداد احتمالية ولادة النساء المصنفات من أغنى الشرائح الخمسية حسب توزيع الثروة في مرفق صحي بنسبة تتراوح بين ٤٦ في المائة و٦٢ في المائة مقارنةً بالنساء المصنفات من أفقر الشرائح الخمسية.

وبالمثل، تعرض بيانات اليونيسف الفجوات القائمة بين الوصول إلى المرافق الصحية، وهو أمر واضح في المناطق دون الإقليمية للبلدان الأقل نمواً (وأقل من ذلك في منطقة المغرب/المشرق دون الإقليمية). في المنطقة دون الإقليمية للبلدان الأقل نمواً، من المرجح أن تزيد فرصة ولادة النساء في المناطق الحضرية في مرفق صحي بمعدل أكثر من الضعف مقارنةً بالنساء في المناطق الريفية.[٢٨٢]

الشكل 1.12: مكان الولادة

يوضح هذا الشكل النسبة المئوية للولادات الحية التي تمت في منشأة صحية في السنوات الثلاث السابقة للمسح. تظهر الشرائح الخمسية حسب توزيع الثروة في هذا الشكل أغنى 20% من الأسر و أفقر 20% من الأسر في كل بلد مع عرض البيانات.



المصدر: المسوحات العنقودية المتعددة المؤشرات والدراسات الاستقصائية الديمغرافية والصحية، كما جمعها البنك الدولي. تم الوصول إليها من خلال واجهة برمجة التطبيقات.

معدلات الولادة القيصرية

في حين لا يوجد معدل مثالي للولادات القيصرية، يوافق المجتمع الدولي عموماً على أنه ١) من المرجح أن يشير المعدل الذي يبلغ أقل من ١-٢ في المائة إلى نقص رعاية التوليد في الحالات الطارئة وقد يكون مرتبطاً بزيادة وفيات الأمهات و٢) يجب اعتبار المعدل الذي يبلغ ١٥ في المائة للولادة القيصرية العتبة التي ينبغي عدم تجاوزها (وفقاً لبيان منظمة الصحة العالمية).[٢٨٣]

تختلف معدلات الولادة القيصرية اختلافاً كبيراً داخل المنطقة؛ حيث تتراوح بين ٤,٨ في المائة في اليمن و٥١,٨ في المائة في مصر (جميع البيانات من عام ٢٠١٥). وقد يكون السبب وراء المعدل المرتفع للغاية في مصر هو انتشار تشويه الأعضاء التناسلية للإناث (٨٧,٢ في المائة[٢٨٤]) والسمنة (٣٦ في المائة[٢٨٥]) – وهما حالتان من المعروف أنهما يسببان مضاعفات أثناء الولادة ويتطلبان عمليات قيصرية بالإضافة إلى الجوانب الاجتماعية والاقتصادية التي تحدد الوصول إلى المرافق الصحية الخاصة أو العامة - ومع ذلك، لا تتيح البيانات هذا التحليل.

---

[٢٨١] قاعدة بيانات مؤشرات التنمية العالمية التابعة للبنك الدولي: نسبة الولادات التي تُجرى تحت إشراف اختصاصيين صحيين مهرة: المغرب. راجع أيضاً: صندوق الأمم المتحدة للسكان. صحة الأم، ٢٣ نوفمبر/تشرين الثاني ٢٠١٥: يمكن الوصول إليه من خلال https://arabstates.unfpa.org/ar/node/٢٢٥١٠.

[٢٨٢] بناءً على البيانات التي نشرتها اليونيسف في اليمن والسودان. في اليمن، تتم ٢٢,٦ في المائة فقط من الولادات في المناطق الريفية في المرافق الصحية، مقابل ٤٩,١ في المائة في المناطق الحضرية. وقد لوحظت اتجاهات مماثلة في السودان.

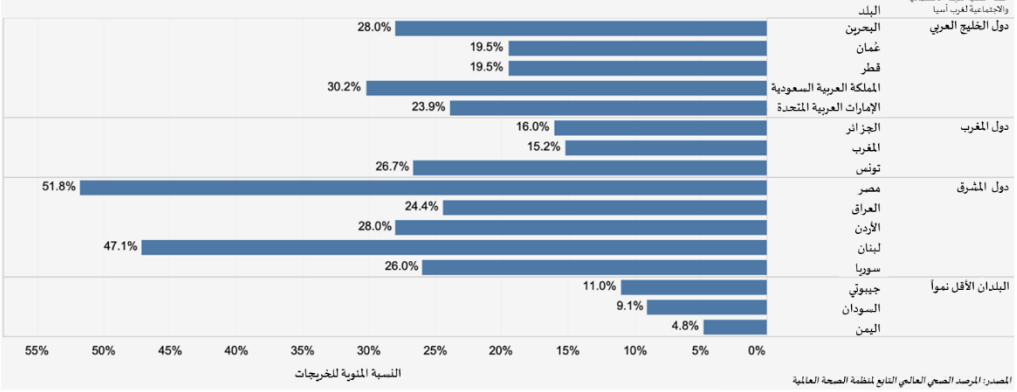
[٢٨٣] فرانشيسكا إل كافالارو، وآخرون، الاتجاهات السائدة في الولادة القيصرية حسب البلد والشرائح الخمسية حسب توزيع الثروة: الاستطلاعات الشاملة لعدة قطاعات في جنوب آسيا وأفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، نشرة منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٣.

[٢٨٤] منظّمة الصّحّة العالميّة، "المرصد الصحي العالمي (Global Health Observatory)"، عام ٢٠١٥.

[٢٨٥] اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا، "المجتمع العربي، خلاصة وافية للإحصاءات الاجتماعية (العدد رقم ١٢) (Arab Society, a compendium of Social Statistics (Issue No.١٢))"، عام ٢٠١٦.

الشكل 1.13: الولادات القيصرية

يوضح هذا الشكل النسبة المئوية للولادات القيصرية بين كل الولادات الحية في فترة زمنية معينة. تعد النسبة المئوية للولادات القيصرية مؤشراً على الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية في الحالات الطارئة واستخدامها في أثناء الولادة.



المصدر: المرصد الصحي العالمي التابع لمنظمة الصحة العالمية

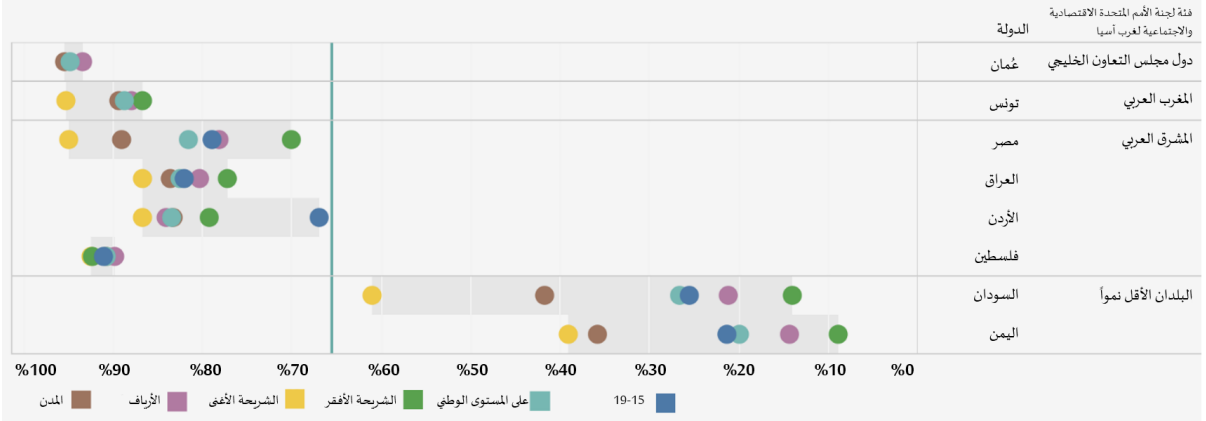
الرعاية اللاحقة للولادة

في حين تم إحراز تقدم فيما يتعلق ببرامج الأمومة الآمنة في المنطقة، فإن عدم التكامل بين صحة الأمهات والأطفال حديثي الولادة لا يزال يمثّل تحدياً كبيراً. ويسهم هذا التحدي بدوره في إهمال الفترة اللاحقة للولادة وانخفاض الاستفادة من الرعاية اللاحقة للولادة.[٢٨٦]

تقدم بيانات المسوحات الأسرية التي نشرتها اليونيسف دليلاً على أن الوصول إلى الرعاية اللاحقة للولادة يتأثر بثروة الأسر المعيشية وأماكن وجودها. كما هو موضح في الرسم البياني أدناه، من المرجح ألا تتلقى النساء من الأسر الريفية الفقيرة وخاصةً من المنطقة الإقليمية للبلدان الأقل نمواً أي رعاية بعد الولادة على الإطلاق، على عكس المناطق الأخرى التي يتلقى فيها ٦٥ في المائة على الأقل من النساء رعاية بعد الولادة حتى في المناطق الريفية الفقيرة من الدولة.

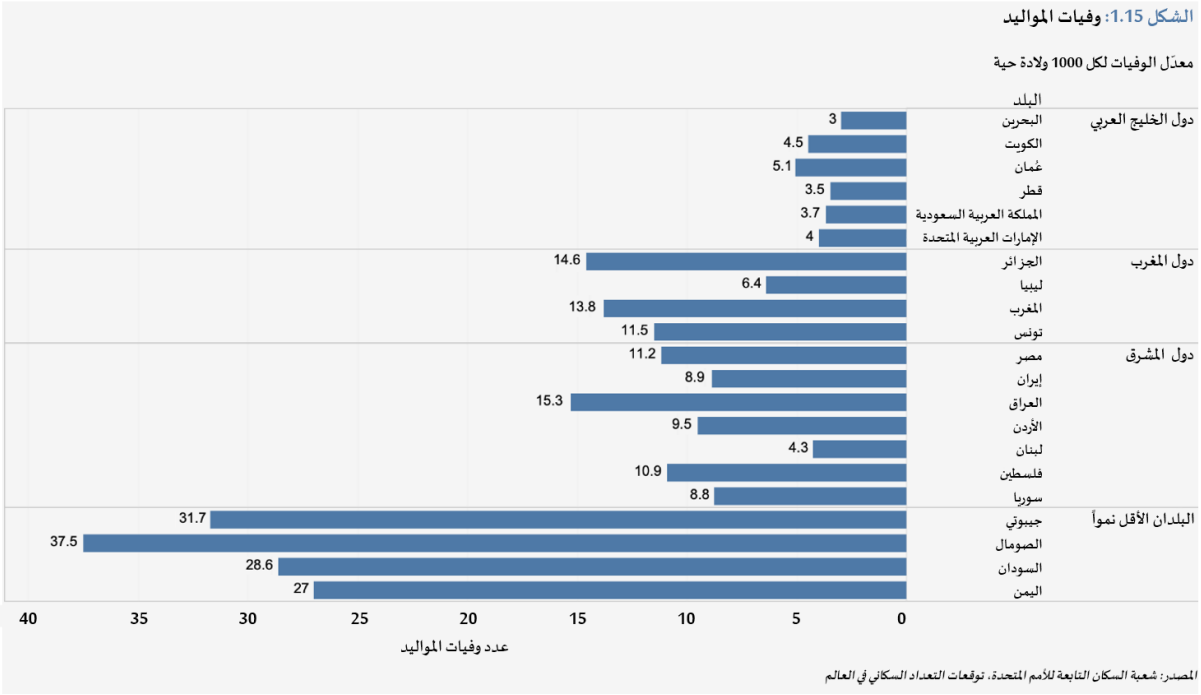
الشكل 1.14: الرعاية اللاحقة للولادة

يوضح هذا الشكل النسبة المئوية للنساء (من سن 15 عاماً إلى سن 49 عاماً) اللاتي تلقين الرعاية اللاحقة للولادة في غضون يومين من الولادة.



المصدر: الدراسات الاستقصائية الديمغرافية والصحية (DHS) والمسوحات العنقودية المتعددة المؤشرات (MICS) والاستطلاعات الوطنية الأخرى كما نشرتها اليونيسف.

[٢٨٦] صندوق الأمم المتحدة للسكان ونموذج السياسة الصحية لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، "التقرير الإقليمي، قوانين الصحة الجنسية والإنجابية وسياساتها في بلدان عربية محددة (Regional Report, Sexual and Reproductive Health Laws and Policies in Selected Arab Countries)"، عام ٢٠١٦.



علاج العدوى المنقولة جنسياً والوقاية منها

فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز

الجدول ١,١٧:

التغطية التقديرية للعلاج المضاد للفيروسات الرجعية بين المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية

الفئة حسب اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا	البلد	النسبة المئوية
بلدان مجلس التعاون الخليجي	البحرين	..
	الكويت	٦٢
	عُمان	٤١
	قطر	..
	المملكة العربية السعودية	..
	الإمارات العربية المتحدة	..
المغرب العربي	الجزائر	٨١
	ليبيا	٤٤
	المغرب	..
	تونس	..
المشرق العربي	مصر	٣١
	إيران[٢٨٧]	٢٠
	الأردن	..
	لبنان	..
	دولة فلسطين	..
	سوريا	٢٠
البلدان الأقل نمواً	جيبوتي	٣٠
	السودان	١٥
	الصومال	٣٠
	اليمن	٢١

المصدر: المرصد الصحي العالمي التابع لمنظّمة الصّحّة العالميّة

بدءاً من عام ٢٠١٩، أفادت تقديرات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز (UNAIDS) أن ٢٤٠٠٠٠ شخص في المنطقة مصابون بفيروس نقص المناعة البشرية؛ وهو ما يمثّل أقل من ٠,١ في المائة من انتشاره بين البالغين.[٢٨٨]

في حين أن المنطقة سجلت أدنى معدل لانتشار فيروس نقص المناعة البشرية في العالم، فقد أعلن برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز أن المنطقة تشهد قلقاً متزايداً بسبب ارتفاع معدل الوفيات (٤,٥ في المائة) ونقص المعرفة المتعلقة بانتشار فيروس نقص المناعة البشرية في المنطقة. وقد توفي حوالي ٨٠٠٠ شخص بسبب مرض متعلق بالإيدز في عام ٢٠١٩. ويعد ذلك نتيجة لضعف إمكانية الوصول إلى العلاج المضاد للفيروسات الرجعية (ART)؛ حيث يحصل ٣٨ في المائة فقط على العلاج المضاد للفيروسات الرجعية - وهي نسبة أقل بكثير من المستوى العالمي الذي يبلغ ٥٩ في المائة.[٢٨٩]

[٢٨٧] يقدّر برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز "AIDSinfo" معدلاً يبلغ ٢٥ في المائة بالنسبة إلى إيران.

[٢٨٨] برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز "AIDSinfo" (تم الاطلاع عليه في أغسطس ٢٠٢٠).

[٢٨٩] المرجع نفسه

تشير الأبحاث أيضاً إلى أن الوصمات المرتبطة بالمرض يمكن أن تسهم في ارتفاعه في العديد من البلدان.[٢٩٠]

في عام ٢٠١٨، شكّل أفراد من السكان الرئيسيين - العاملون في مجال الجنس، والأشخاص الذين يتعاطون المخدرات، والرجال المثليون، والرجال الآخرون الذين يمارسون الجنس مع رجال، والأفراد المتحولون جنسياً، والسجناء - ما لا يقل عن ثلاثة أرباع الإصابات الجديدة في المنطقة. يمكن للوصم والتمييز المرتبطين بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز أن يؤثران بشكل كبير في قدرة الأفراد على الوصول إلى خدمات الاختبار والعلاج التي بدورها يمكن أن تمنع زيادة انتقال العدوى.[٢٩١] إضافة إلى ذلك، فإن الوصم والتمييز (الاجتماعي والقانوني) يفضيان إلى تهميش الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية ويمكن أن يعرضهم لعقوبات اجتماعية أو قانونية. كشف مسح متعدد البلدان أن أكثر من ٦٠ في المائة من الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و٤٩ عاماً في الجزائر وأكثر من ٧٠ في المائة من الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و٤٩ عاماً في مصر والأردن واليمن ذكروا أنهم لن يشتروا خضراوات من صاحب متجر يعاني من فيروس نقص المناعة البشرية (سؤال يُستخدم لتقييم المواقف العنصرية تجاه المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية).[٢٩٢] وأفاد أكثر من ٥٠ في المائة من الأشخاص المشاركين في المسح في الجزائر أنهم حُرموا من الخدمات الصحية بسبب إصابتهم بفيروس نقص المناعة البشرية.[٢٩٣]

وفقاً لتقرير صادر عن برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز، "هناك حاجة إلى بذل جهود استثنائية لتوسيع نطاق برامج اختبار ومعالجة فيروس نقص المناعة البشرية وتحسينها في جمهورية إيران الإسلامية والسودان اللتين كانتا تمثلان أكثر من ٦٠ في المائة من وفيات المنطقة بسبب الأمراض المرتبطة بالإيدز في ٢٠١٧".[٢٩٤] وعلى الرغم من أن عدد الرجال المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية يفوق عدد النساء بشكل كبير، فإن الإصابات الجديدة بين النساء آخذة في الارتفاع. فقد كشفت دراسة حول اتجاهات فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز في المنطقة أن ممارسة الجنس في إطار الزواج يعد إحدى الطرق الرئيسة لانتقال العدوى إلى النساء. وعلى سبيل المثال، انتقل الفيروس إلى ثلاثة أرباع النساء المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية في إيران عن طريق أزواجهن؛ حيث يعتقد معظمهم أن العدوى انتقلت إليهم عن طريق حقن المخدرات.[٢٩٥]

طبقاً لقاعدة بيانات الأمم المتحدة لأهداف التنمية المستدامة، فإن جيبوتي لديها أعلى معدل لحالات الإصابة الجديدة في المنطقة؛ حيث تم الإبلاغ عن ٦٤ حالة جديدة لكل ١٠٠٠ شخص من السكان غير المصابين.[٢٩٦] تشير الأبحاث إلى أن الفئات الأكثر تعرضاً لخطر الإصابة في المنطقة تشمل الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن، والعاملين في مجال الجنس، وعملاء العاملين في مجال الجنس وغيرهم من الشركاء الجنسيين.[٢٩٧٢٩٨] كما تُظهر جيبوتي أيضاً أعلى معدل في سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز بالنسبة إلى الإناث بسبب فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز في المنطقة؛ حيث يعاني ٤١٦٤,٦٥ شخص من كل ١٠٠٠٠٠ شخص من المرض. هذا الرقم يمثّل أكثر من أربعة أضعاف ثاني وثالث أعلى بلدان في معدلات سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز، وهما الصومال والسودان.[٢٩٩]

من ناحية أخرى، انخفض معدل الإصابات الجديدة في المغرب بنسبة ٤٢ في المائة بين عامي ٢٠١٠ و٢٠١٨، ويعزى ذلك جزئياً إلى تنفيذ برنامج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية القائم على حقوق الإنسان الذي يستهدف الأفراد الأكثر تضرراً من فيروس نقص المناعة البشرية.[٣٠٠]

تكشف بيانات منظّمة الصّحّة العالميّة عن تفاوتات كبيرة في تغطية العلاج المضاد للفيروسات الرجعية بين الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، وذلك على الرغم من عدم التصنيف حسب الجنس. تُظهر البلدان الثلاثة التي لديها أعلى معدلات في سنوات العمر

[٢٩٠] برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز، "بيانات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز ٢٠١٨ (UNAIDS Data 2018)"، عام ٢٠١٨. صفحة ٢٤٣.

[٢٩١] برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز، السُّلطة للشعب، ٢٠١٩.

[٢٩٢] برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز، "أمامنا الكثير من الأميال: معلومات عالمية محدثة حول الإيدز ٢٠١٨ (Miles to go: global AIDS update 2018)"، عام ٢٠١٨.

[٢٩٣] المرجع نفسه

[٢٩٤] برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز، "بيانات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز ٢٠١٨ (UNAIDS Data 2018)"، عام ٢٠١٨. صفحة ٢٤٠.

[٢٩٥] جوكينجينا، دي، وآخرون، فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز: "الاتجاهات السائدة في إقليم الشرق الأوسط ومنطقة شمال أفريقيا"، المجلة الدولية للأمراض المعدية، المجلد ٤٤، الصفحات ٦٦-٧٣، ٢٠١٦.

[٢٩٦] قاعدة بيانات الأمم المتحدة العالمية لأهداف التنمية المستدامة ٣,٣,١. عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية لكل ١٠٠٠ شخص من السكان غير المصابين، حسب الجنس والعمر (لكل ١٠٠٠ شخص من السكان غير المصابين).

[٢٩٧] برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز، "بيانات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز ٢٠١٨ (UNAIDS Data 2018)"، عام ٢٠١٨. صفحة ٩.

[٢٩٨] قاعدة بيانات مؤشرات أهداف التنمية المستدامة العالمية.

[٢٩٩] معهد القياسات الصحية والتقييم، جامعة واشنطن، العبء العالمي للمرض ٢٠١٧، ٢٠٢٠.

[٣٠٠] برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز، "معلومات محدثة: ٣٠ عاماً من الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشرية في المغرب (Update: A 30-year response to HIV in Morocco)"، عام ٢٠١٨.

المصححة باحتساب مدد العجز بالنسبة إلى الإناث بسبب فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز أيضاً معدلات منخفضة جداً من العلاج المضاد للفيروسات الرجعية تتراوح بين ١٥ في المائة و٣٠ في المائة.

تشكّل النساء الحوامل فئة من الفئات السكانية التي تعاني من نقص الخدمات بشكل خاص ومن فيروس نقص المناعة البشرية. في عام ٢٠١٧، أنجبت حوالي ٥٢٠٠ امرأة مصابة بفيروس نقص المناعة البشرية في المنطقة، ومع ذلك تلقت ١١٠٠ فقط العلاج المضاد للفيروسات الرجعية الذي يمنع انتقال العدوى إلى الأطفال خلال فترة الحمل، والولادة، والرضاعة الطبيعية. ونتيجة لذلك، فإن حوالي ربع النساء الحوامل المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية نقلن الفيروس إلى أطفالهن. في جميع أنحاء المنطقة، خضع ٩٤٠ طفلاً حديثي الولادة فقط إلى الاختبار من أجل الكشف عن فيروس نقص المناعة البشرية، وذلك قبل أن يصلوا إلى عمر ثمانية أسابيع.[٣٠١]

في السودان، تشير التقديرات إلى أن ٥ في المائة فقط من النساء الحوامل المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية اللواتي يقدر عددهن بـ ٧٦٠ إلى ٣٧٠٠ امرأة يحصلن على الأدوية المضادة للفيروسات الرجعية، وهذا لا يعرضهن لخطر مستمر فحسب، بل يشكل أيضاً خطراً على أطفالهن.[٣٠٢]

على الرغم من محدودية البيانات الحديثة (يتم استخدام بيانات من عام ٢٠١٤)، فإن عُمان والإمارات العربية المتحدة وإيران والمغرب لديها معدلات اختبار مرتفعة نسبياً للحوامل، وذلك على الرغم من عدم وجود مستويات تغطية أعلى من ٧٠ في المائة في أي من هذه البلدان. وعلى النقيض من ذلك، كانت آثار برامج الوقاية من انتقال العدوى من الأم إلى الطفل في لبنان (بيانات من عام ٢٠١٣) ضعيفة بسبب الافتقار إلى خدمات الاختبار، وأنظمة الإحالة باهظة الثمن، ونقص الوعي بفيروس نقص المناعة البشرية والوصمة.[٣٠٣]

أفاد برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز أن مستوى الإصابات الجديدة بين الأطفال من سن الولادة وحتى سن ١٤ عاماً ظل مستقراً في المنطقة في الفترة بين عامي ٢٠١٠ و٢٠١٧. وأبلغ البرنامج عن أكبر انخفاض في الإصابات الجديدة بين الأطفال في جيبوتي (انخفاض بنسبة ٤٤ في المائة من ٢٠١٠ إلى ٢٠١٧) بسبب دمج خدمات الوقاية من انتقال الإصابة من الأم إلى الطفل في برامج صحة الأم والطفل.[٣٠٤]

لا تزال المعرفة بأساليب الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية في المنطقة منخفضة للغاية مع وجود تباين ملحوظ بين الذكور والإناث في البلدان التي تتوافر بشأنها بيانات. وعلى الرغم من انخفاض مستوى المعرفة بالنسبة إلى كلا الجنسين، فإن النساء أقل قدرة على ١) تحديد طريقتين رئيسيتين لمنع انتقال فيروس نقص المناعة البشرية عن طريق الاتصال الجنسي بصورة سليمة، ٢) رفض مفهومين من المفاهيم الخاطئة الأكثر شيوعاً حول انتقال فيروس نقص المناعة البشرية، ٣) معرفة أن الشخص الذي يبدو متمتعاً بصحة جيدة يمكن أن يكون مصاباً بفيروس نقص المناعة البشرية.

تعتمد المعرفة المتعلقة بالوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية في المنطقة على العديد من العوامل، ومع ذلك، فإن محدودية التثقيف الجنسي الشامل يسهم بلا شك في نقص المعرفة هذا.

الجدول ١,١٨:

معلومات بشأن فيروس نقص المناعة البشرية

النسبة المئوية للذكور والإناث الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و٤٩ عاماً الذين يمكنهم تحديد طريقتين رئيسيتين على الأقل لمنع انتقال فيروس نقص المناعة البشرية عن طريق الاتصال الجنسي بصورة سليمة، والذين يمكنهم رفض مفهومين من المفاهيم الخاطئة الأكثر شيوعاً حول انتقال فيروس نقص المناعة البشرية، والذين يعرفون أن الشخص الذي يبدو متمتعاً بصحة جيدة يمكن أن يكون مصاباً بفيروس نقص المناعة البشرية.

الفئة حسب اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا	البلد	الإناث	الذكور
بلدان مجلس التعاون الخليجي	قطر	٢٠,٨ في المائة	٢٩,٩ في المائة
المغرب العربي	تونس	١٨,٥ في المائة	
	الجزائر	٩ في المائة	
المشرق العربي	مصر	٦,١ في المائة	٩,٧ في المائة
	الأردن	١٢,٩ في المائة	

[٣٠١] برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز، "أمامنا الكثير من الأميال: معلومات عالمية محدثة حول الإيدز ٢٠١٨ (Miles to go: global AIDS update ٢٠١٨)"، عام ٢٠١٨.

[٣٠٢] المرصد الصحي العالمي التابع لمنظّمة الصّحّة العالميّة.

[٣٠٣] برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز "AIDSinfo".

[٣٠٤] برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز، "القضاء على الإيدز: التقدم المحرز نحو تحقيق أهداف ٩٠-٩٠-٩٠ (Ending AIDS: Progress towards ٩٠-٩٠-٩٠ targets)"، عام ٢٠١٧.

	دولة فلسطين	٧,٧ في المائة	
	العراق	٣,٥ في المائة	
البلدان الأقل نمواً	السودان	٨,٩ في المائة	
المصدر: المسوحات الأسرية كما جمعتها اليونيسف			

الأمراض الأخرى المنقولة جنسياً

في حين أن البيانات الخاصة ببلدان المنطقة والمتعلقة بالأمراض المنقولة جنسياً، مثل: الزهري والكلاميديا والسيلان وفيروس الورم الحليمي البشري محدودة، فقد تم نشر بعض بيانات المراقبة والتحليل التجميعي الحديثة.

بشكل عام، تشير دراسة أجرتها منظّمة الصّحّة العالميّة بين عامي ٢٠١٢ و٢٠١٦ (المعروضة في الجدول ١,١٩ أدناه) إلى أن معدل انتشار هذه الأمراض المنقولة جنسياً تزايد في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا بين عامي ٢٠١٢ و٢٠١٦، مع انخفاض عالمي في معدل انتشار الكلاميديا أو عدم رؤية أي تغيير في معدل انتشار الزهري في الفترة الزمنية ذاتها.[٣٠٥]

الجدول ١,١٩:

مقارنة بين تقديرات الانتشار الإقليمية لمرض الكلاميديا والسيلان والزهري في عامي ٢٠١٢ و٢٠١٦ وفق منظّمة الصّحّة العالميّة[٣٠٦]

	الكلاميديا		السيلان		الزهري	
العام	٢٠١٢	٢٠١٦	٢٠١٢	٢٠١٦	٢٠١٢	٢٠١٦
النساء في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	٣,٥ في المائة	٣,٨ في المائة	٠,٥ في المائة	٠,٧ في المائة	٠,٦ في المائة	٠,٧ في المائة
النساء على مستوى العالم	٤,٢ في المائة	٣,٨ في المائة	٠,٨ في المائة	٠,٩ في المائة	٠,٥ في المائة	٠,٥ في المائة
الرجال في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	٢,٧ في المائة	٣,٠ في المائة	٠,٤ في المائة	٠,٦ في المائة	٠,٦ في المائة	٠,٧ في المائة
الرجال على مستوى العالم	&٢,٧	٢,٧ في المائة	٠,٦ في المائة	٠,٧ في المائة	٠,٥ في المائة	٠,٥ في المائة

ترد فيما يأتي بعض البيانات المحددة المتعلقة بكل مرض من الأمراض المنقولة جنسياً:

الزهري: على المستوى العالمي، أثبتت الفحوصات إصابة ١ في المائة أو أكثر من متلقيات الرعاية السابقة للولادة في ٣٨ دولة من الدول الـ ٧٨ التي قدمت تقارير، بمرض الزهري في عام ٢٠١٩. في هذه الدول الـ ٧٨ التي قدمت تقارير، أثبتت الفحوصات إصابة ٣,٢ في المائة في المتوسط (يتراوح معدل الإصابة من ١,١ في المائة إلى ١٠,٩ في المائة) من متلقيات الرعاية السابقة للولادة بمرض الزهري.[٣٠٧] وعلى سبيل المقارنة، تشير البيانات (المحدودة) المتاحة لدول المنطقة إلى أن ثلاث بلدان فقط من البلدان الستة التي قدمت بيانات عن الفترة من ٢٠١٨ إلى ٢٠١٩ أبلغت عن حالات تفشي مرض الزهري بين متلقيات الرعاية السابقة للولادة.

وكانت الصومال من بين هذه البلدان، مع نسبة ٤,١ في المائة، وهي النسبة الوحيدة التي تزيد على ١ في المائة.

الكلاميديا: وجد التحليل التجميعي الذي تم إجراؤه في عام ٢٠١٩ لتقارير انتشار المتدثرة الحثرية (الكلاميديا) في المنطقة أن معدل الإصابة مشابه لمناطق أخرى (حوالي ٣ في المائة من عامة السكان، ويرتفع إلى حوالي ١٣ في المائة عند السكان المعرضين لخطر كبير)، لكنه كان أعلى من المتوقع بسبب المعايير الجنسية المحافظة في المنطقة. ويشير معدل الانتشار العالي في الحاضرين في المصحات التي تعالج حالات العقم والنساء اللواتي أجهَضْن إلى أن الكلاميديا لها دور محتمل في نتائج الصحة الإنجابية السيئة في هذه المنطقة.[٣٠٨]

[٣٠٥] جين رولي، ستيفن فاندر هورن، إلين كورينرومب، نيكولا لو، ماغنوس يونيمو، ليث جيه أبو رداد، آر ماثيو تشيكو، أليكس سمولاك، لوري نيومان، سامي جوتليب، سو سو ثوين، ناتالي بروتي، ميلاني إم تايلور (٢٠١٩). "الكلاميديا، والسيلان، وداء المُشعَّرات، والزهري: تقديرات الانتشار والحدوث العالمية (Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: global prevalence and incidence estimates)"، عام ٢٠١٦. نشرة منظمة الصحة العالمية.

[٣٠٦] المرجع نفسه

[٣٠٧] المرصد الصحي العالمي التابع لمنظّمة الصّحّة العالميّة.

[٣٠٨] أليكس سمولاك، وآخرون، "انتشار الأوبئة بسبب المتدثرة الحثرية في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا: مراجعة منهجية، وتحليل تلوي، وتحوّف تلوي (Epidemiology of Chlamydia trachomatis in the Middle East and north Africa: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression)"، جريدة ذا لانسيت، المجلد ٧، العدد ٩، سبتمبر ٢٠١٩

فيروس الورم الحليمي البشري (HPV): لم تولِ البلدان في المنطقة اهتماماً كافياً بلقاح فيروس الورم الحليمي البشري. عادةً، لا يتم دعم اللقاح ولا يوجد جهد واسع النطاق للقيام بحملات صحية عامة لرفع مستوى الوعي والاستيعاب.[٣٠٩] وتُعد قطر والإمارات العربية المتحدة هما الدولتان الوحيدتان في المنطقة اللتان لديهما برامج تطعيم ضد فيروس الورم الحليمي البشري.[٣١٠] البيانات المتعلقة بنسبة الإناث اللواتي تلقين العدد الموصى به من جرعات لقاح فيروس الورم الحليمي البشري قبل سن ١٥ عاماً متاحة فقط لدولة الإمارات العربية المتحدة؛ حيث تفيد بأنه تم تطعيم ٢٨ في المائة من الفتيات في المدارس الثانوية ضد فيروس الورم الحليمي البشري.[٣١١]

الوقاية من التهابات الجهاز التناسلي غير المنقولة جنسياً والأمراض والاضطرابات الأخرى ذات الصلة وعلاجها

سرطانات الجهاز التناسلي

يتم تضمين سرطانات الجهاز التناسلي في حزمة خدمات الصحة الإنجابية في بعض البلدان (دولة فلسطين وسوريا والمغرب). في بلدان أخرى، مثل: لبنان، كانت هناك حملات توعية عامة لتشجيع السيدات على إجراء التصوير الشعاعي للثدي، ومع ذلك، لا يزال فحص سرطانات الجهاز التناسلي يمثِّل أهمية متدنية ويتم إجراؤه على نطاق محدود في القطاع العام.[٣١٢] ويوجد في البحرين وجيبوتي وإيران ولبنان وقطر والصومال وسوريا والإمارات برامج وطنية للكشف عن سرطان عنق الرحم. يستخدم البرنامج الوطني الإيراني اختبار فيروس الورم الحليمي البشري وتستخدم جميع البرامج الأخرى اختبار لطاخة عنق الرحم.[٣١٣] وتُقدر تغطية لبنان للبرنامج الوطني لفحص عنق الرحم "بأكثر من ٥٠ في المائة ولكن أقل من ٧٠ في المائة". وتُقدر تغطية جيبوتي للبرنامج الوطني لفحص عنق الرحم بنسبة ١٠-٥٠ في المائة. أبلغت كل البلدان الأخرى التي لديها برامج فحص وطنية (البحرين وإيران وقطر والصومال وسوريا والإمارات العربية المتحدة) عن تغطية تبلغ نسبتها أقل من ١٠ في المائة.[٣١٤]

مخاوف أخرى تتعلق بالصحة الجنسية والإنجابية

تُعد الصحة الجنسية والإنجابية للمرأة خلال فترة انقطاع الطمث وبعدها من الأمور المهمة، ومع ذلك، تشير النتائج الخاصة بالمنطقة إلى أنه لا يتم الاهتمام بالصحة الجنسية والإنجابية للمرأة خلال هذا الوقت إلا بشكل ضئيل، وذلك من خلال التوعية والبرامج والخدمات.[٣١٥] وقد وجد البحث القليل من البيانات حول الأمراض غير المنقولة جنسياً الموجودة في المنطقة، ولا توجد بيانات أحدث من البيانات التي أُتيحت في الخمسة إلى العشرة أعوام الماضية، ما يؤكد مستوى إهمال مجال صحة المرأة هذا.

---

[٣٠٩] صندوق الأمم المتحدة للسكان ونموذج السياسة الصحية لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، "التقرير الإقليمي، قوانين الصحة الجنسية والإنجابية وسياساتها في بلدان عربية محددة (Regional Report, Sexual and Reproductive Health Laws and Policies in Selected Arab Countries)"، عام ٢٠١٦.

[٣١٠] المرصد الصحي العالمي التابع لمنظّمة الصّحّة العالميّة؛ "إدارة الأمراض غير المعدية، الوقاية الأولية والثانوية من السرطان (Observatory; Management of NCDs Primary and secondary prevention of cancer)".

[٣١١] المصدر: تقديرات منظّمة الصّحّة العالميّة المتعلقة بالتغطية بالتحصين ضد فيروس الورم الحليمي البشري في الفترة من ٢٠١٠ إلى ٢٠١٨.

[٣١٢] صندوق الأمم المتحدة للسكان ونموذج السياسة الصحية لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، "التقرير الإقليمي، قوانين الصحة الجنسية والإنجابية وسياساتها في بلدان عربية محددة (Report, Sexual and Reproductive Health Laws and Policies in Selected Arab Countries Regional)"، عام ٢٠١٦.

[٣١٣] المرصد الصحي العالمي التابع لمنظّمة الصّحّة العالميّة؛ "إدارة الأمراض غير المعدية، الوقاية الأولية والثانوية من السرطان (Observatory; Management of NCDs ary and secondary prevention of cancerPrim)".

[٣١٤] المرصد الصحي العالمي التابع لمنظّمة الصّحّة العالميّة؛ "إدارة الأمراض غير المعدية، الوقاية الأولية والثانوية من السرطان (Observatory; Management of NCDs Primary and secondary prevention of cancer)".

[٣١٥] صندوق الأمم المتحدة للسكان ونموذج السياسة الصحية لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، "التقرير الإقليمي، قوانين الصحة الجنسية والإنجابية وسياساتها في بلدان عربية محددة (Regional Report, Sexual and Reproductive Health Laws and Policies in Selected Arab Countries)"، عام ٢٠١٦.

الأمن الغذائي والتغذية

الركيزة ١

الأمن الغذائي والتغذية

تمهيد

الأمن الغذائي والتغذية مفهومان مترابطان ولكنهما مختلفان. يُعرَّف الأمن الغذائي بأنه "حالة توجد عندما يكون لدى جميع الأشخاص، في جميع الأوقات، إمكانية الوصول المادي والاجتماعي والاقتصادي إلى أغذية كافية وآمنة ومغذية تلبي احتياجاتهم وتفضيلاتهم الغذائية من أجل حياة نشطة وصحية". ويُعرَّف الأمن الغذائي من خلال أربعة أبعاد: توافر الغذاء، والوصول الاقتصادي والمادي للغذاء، والاستفادة من الغذاء، والاستقرار بمرور الوقت.[٣١٦]

يعد الأمن الغذائي شرطاً أساسياً من شروط الأمن التغذوي ولكنه لا يضمن بالضرورة الحالة التغذوية المثلى. وتُعد الأنظمة الغذائية غير الصحية - إلى جانب انعدام النشاط البدني - من العوامل الرئيسة المسهمة في عبء الأمراض غير السارية (NCD) في المنطقة. وقد أفادت منظّمة الصّحّة العالميّة أنه بدءاً من عام ٢٠١٩، بات يعاني ٥٣ في المائة من النساء و٤٥ في المائة من الرجال و٨ في المائة من الأطفال في سن المدرسة أو اليافعين في منطقة شرق البحر الأبيض المتوسط من السمنة.[٣١٧]

يميّل كل من توافر المياه النظيفة وخدمات الصرف الصحي الكافية والرّعاية الصّحية مكونات أساسية للأمن الغذائي والتغذية؛ ومن دون هذه المكونات، يزداد انتشار الأمراض المرتبطة بالتغذية والأمراض المعدية حتى في المجتمعات التي يتمتع فيها الأفراد بمستويات ملائمة من الاستهلاك الغذائي.[٣١٨] فمثلاً، قد لا ينتج سوء التغذية فقط عن عدم تناول الطعام الكافي، بل نتيجة للظروف غير الصحية التي تعرض الأشخاص للأمراض المعدية التي تسفر عن سوء امتصاص العناصر الغذائية التي يتم تناولها والاستفادة منها.[٣١٩] بل إن الأشخاص الذين يتبعون حمية غذائية صحية لن يتمكنوا من الاستفادة الكاملة من حميتهم الغذائية إذا كانوا يعانون من أنواع معينة من الأمراض أو يعيشون في ظروف غير صحية تعزز الإصابة بالأمراض.[٣٢٠]

يرتبط الأمن الغذائي والتغذية بالفقر ارتباطاً وثيقاً: فالأشخاص الذين يعيشون في فقر لا يملكون على الأرجح مرافق ملائمة للمياه والصرف الصحي ويكونون أكثر عرضة لخطر المعاناة من انعدام الأمن الغذائي والجوع وانحدار الحالة الغذائية نظراً إلى ضعف وصولهم الاقتصادي إلى الغذاء. وتسفر المعاناة من انعدام الأمن الغذائي أو الجوع أو انعدام الحصول على التغذية بالمستوى الأمثل غالباً إلى انخفاض الإنتاجية، ومن ثم يقع الأفراد في شرك دائرة الفقر. ويؤثر كل من الأمن الغذائي والتغذية في النساء والفتيات في كل مرحلة من مراحل دورة حياتهن وكذلك نسلهن.

على غرار عديد من البلدان النامية أو الاقتصادات الناشئة الأخرى، تعاني بلدان المنطقة مما يسمى "العبء المزدوج" لسوء التغذية، مع تزايد انعدام الأمن الغذائي وانتشار سوء التغذية في الوقت نفسه مع ارتفاع معدلات الزيادة في الوزن والسمنة والأمراض غير السارية المرتبطة بالنظام الغذائي. وتعرّض هذه الظاهرة العديد من السكان في المنطقة إلى التحول التغذوي -التحول من انعدام الأمن الغذائي والحرمان إلى الحميات الغذائية غير الصحية وأنماط الحياة الخاملة.[٣٢١]

وهناك بعد جنساني محدد للأمن الغذائي والتغذية تم تأكيده على نطاق واسع من خلال البحوث والبيانات الراسخة. فالنساء والفتيات المستضعفات أكثر عرضة لخطر سوء التغذية مقارنة بالرجال في جميع

[٣١٦] منظمة الأغذية والزراعة، والصندوق الدولي للتنمية الزراعية، واليونيسف، وبرنامج الأغذية العالمي، ومنظّمة الصّحّة العالميّة، "حالة الأمن الغذائي والتغذية في العالم (The State of Food Security and Nutrition in the World)"، عام ٢٠٢٠. تحويل الأنظمة الغذائية إلى أنظمة غذائية صحية ميسورة التكلفة. (The State of Food Security and Nutrition in the World ٢٠٢٠. Transforming food systems for affordable healthy diets)" روما، منظمة الأغذية والزراعة، عام ٢٠٢٠.

[٣١٧] منظّمة الصّحّة العالميّة، "إستراتيجية التغذية لإقليم شرق المتوسط في الفترة من ٢٠٢٠ إلى ٢٠٣٠ (Strategy on nutrition for the Eastern Mediterranean Region ٢٠٢٠–٢٠٣٠)"، عام ٢٠١٩.

[٣١٨] اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا، "الآفاق العربية في عام ٢٠٣٠: التوقعات المتعلقة بتحسين الأمن الغذائي في المنطقة العربية (Prospects for Enhancing Food Security in the Arab Region :٢٠٣٠ on Arab Horiz)"، عام ٢٠١٧.

[٣١٩] هالة غطاس، "الأمن الغذائي والتغذية في سياق التحوُّل الغذائي العالمي (Food Security and Nutrition in the Context of the Global Nutrition Transition)"، منظمة الأغذية والزراعة، عام ٢٠١٤.

[٣٢٠] ماري رويل، "الفصل الثاني، الأمن الغذائي والتغذية: الروابط والتكامل، المعهد الدولي لبحوث السياسات الغذائية (Food Security and Nutrition: Linkages and Complementarities, International Food Policy Research institute)"، بلا تاريخ.

[٣٢١] منظّمة الصّحّة العالميّة، "إستراتيجية التغذية لإقليم شرق المتوسط في الفترة من ٢٠٢٠ إلى ٢٠٣٠ (Strategy on nutrition for the Eastern Mediterranean Region ٢٠٢٠–٢٠٣٠)"، عام ٢٠١٩.

أنحاء العالم؛ حيث يموت عدد أكبر من الفتيات بسبب سوء التغذية مقارنة بالفتيان.[٣٢٢]

تؤثر المشكلات المتداخلة للنزاعات وتغير المناخ أيضاً في الأمن الغذائي وحالة التغذية. ويؤثر النزاع بصورة مباشرة في إنتاج الغذاء والوصول إلى الأسواق بالإضافة إلى تدمير سبل العيش وتقليل التمويل الحكومي لبرامج الحماية الاجتماعية. وبسبب ضعف إنتاج الغذاء والحصول عليه، تزداد صعوبة الحصول على الرّعاية الصّحية اللازمة بسبب التغذية أو غيرها من المشكلات في البيئات التي يسودها النزاع. يقع معظم الأفراد الذين يعانون من الجوع في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا في البلدان الخمسة التي تعاني حالياً من النزاع - العراق وليبيا وسوريا والسودان واليمن.[٣٢٣] بات تغير المناخ يسهم في صعوبة التخطيط للمستقبل؛ لأن انتشار حالات الجفاف الأكثر حدة ودرجات الحرارة الأكثر دفئاً قد بدأ يزيد الضغط على الإنتاجية الزراعية واستدامتها في المنطقة.[٣٢٤]

يعرض هذا الفصل القوانين والسياسات من حيث صلتها بالأمن الغذائي والتغذية في قسم واحد -رغم الاعتراف بالفروق بين هذين الموضوعين- من خلال النظر إلى الروابط المتداخلة بينهما.

القوانين والسياسات المرتبطة بالأمن الغذائي والتغذية

فيما يتعلق بالقوانين والسياسات التي تحكم الأمن الغذائي والتغذية في المنطقة، لوحظ بعض التقدم في المنشورات المتاحة. لكن هناك نقص في التحليلات الخاصة بالقوانين والسياسات التي تؤثر في الأمن الغذائي على وجه التحديد. يشير تقرير صدر مؤخراً عن منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة واللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا إلى أن إصلاح السياسات التي تؤدي إلى فقد الغذاء (مثل الإعانات غير الموجهة) قد يدعم الأمن الغذائي، لكن لا توجد بيانات متاحة بشأن القوانين والسياسات القائمة في المنطقة وتأثيرها في الأمن الغذائي.[٣٢٥]

استهدفت مجموعة من البيانات والتوصيات المتعلقة بالسياسات الصادرة عن الجهات الفاعلة ذات الصلة (مثل منظّمة الصّحّة العالميّة ومنظمة الأغذية والزراعة) التي صدرت على مدى العقد الماضي معالجة القضايا الرئيسة المتعلقة بالتغذية. فقد استُكملت الإستراتيجية الإقليمية لمنظّمة الصّحّة العالميّة بشأن التغذية في الفترة من ٢٠١٠ إلى ٢٠١٩ وخطة العمل، على سبيل المثال، بأربعة بيانات سياسية حول الجوانب الرئيسة للمخاوف التغذوية [داء السكري من النوع ٢/السمنة (٢٠١٦/٢٠١٧)، وخفض تناول الدهون/الإصابة بأمراض القلب التاجية (٢٠١٣)، وخفض تناول الملح/ارتفاع ضغط الدم وحدوث السكتة الدماغية (٢٠١٣)، وتنفيذ مدونة ممارسات تسويق بدائل لبن الأم، إعلان الشارقة للوقاية من السمنة (٢٠١٨)].[٣٢٦]

وقد تبعت هذه الإستراتيجية إستراتيجية عام ٢٠١٩ الخاصة بالعقد في الفترة من ٢٠٢٠ إلى ٢٠٣٠ والتي تشير إلى وجود "مجموعة متزايدة من الأدلة حول مدى فعالية التدخلات السياسية وفعالية تكلفتها وجدواها في تحسين التغذية"، ولكنها تشير أيضاً إلى "الحاجة الملحة إلى ترجمة تلك المعرفة إلى إجراءات ونشر الدروس المستفادة من التنفيذ على أرض الواقع".[٣٢٧]

وعلى الرغم من أن كثيراً من التغييرات السياسية اللازمة لم تتجاوز كونها مجرد التزامات و/أو توصيات على المستوى الإقليمي من قِبل هيئات، مثل: منظّمة الصّحّة العالميّة، فإن هناك بعض الإنجازات الملموسة قد تحققت. فعلى سبيل المثال، أفادت منظّمة الصّحّة العالميّة أنه خلال العامَين ٢٠١٦ و٢٠١٧، اعتمدت نسبة ٨٩ في المائة من البلدان في المنطقة سياسة تغذية شاملة أو خاصة بموضوع محدد، وأفادت نسبة ٧٩ في المائة من البلدان أن لديها سياسة تغذية شاملة تهدف إلى معالجة جميع أشكال سوء التغذية، وذكرت نسبة ٥٣ في المائة السياسات المتعلقة بجوانب محددة للتغذية، مثل: تغذية الرضع والأطفال الصغار.[٣٢٨] وقد تم استحداث ما يزيد قليلاً على نصف هذه السياسات (٥٣ في المائة) بين عامي ٢٠١١ و٢٠١٤، و١٨ في المائة في عام ٢٠١٥ أو بعده؛ واعتمدت نسبة ١٧ في المائة خططاً تشغيلية محددة التكاليف، واعتمدت نسبة ٨٦ في المائة آلية لتنسيق التغذية.[٣٢٩]

---

[٣٢٢] منظمة الأغذية والزراعة، "النوع الاجتماعي والتغذية (Gender and Nutrition)"، بلا تاريخ.

[٣٢٣] منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة، "الشرق الأدنى وشمال أفريقيا، نظرة عامة إقليمية على الأمن الغذائي والجوع (Near East and North Africa, Regional Overview of Food Security and Hunger)"، عام ٢٠١٨.

[٣٢٤] اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا، "الآفاق العربية في عام ٢٠٣٠: التوقعات المتعلقة بتحسين الأمن الغذائي في المنطقة العربية (Arab Horizon ٢٠٣٠: Prospects for Enhancing Food Security in the Arab Region)"، عام ٢٠١٧.

[٣٢٥] اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا، "الآفاق العربية في عام ٢٠٣٠: التوقعات المتعلقة بتحسين الأمن الغذائي في المنطقة العربية (Arab Horizon ٢٠٣٠: Prospects for Enhancing Food Security in the Arab Region)"، عام ٢٠١٧.

[٣٢٦] ارجع إلى: http://www.emro.who.int/n/utrition/strategy.

[٣٢٧] منظّمة الصّحّة العالميّة، "إستراتيجية التغذية لإقليم شرق المتوسط في الفترة من ٢٠٢٠ إلى ٢٠٣٠ (Strategy on nutrition for the Eastern Mediterranean Region ٢٠٢٠–٢٠٣٠)"، عام ٢٠١٩.

[٣٢٨] منظمة الصحة العالمية، "الاستعراض الشامل لسياسة التغذية للعامين ٢٠١٦ و٢٠١٧: التقدم المحرز على الصعيد القطري في خلق بيئات سياسية تمكينية لتعزيز النظم الغذائية والتغذية الصحية (Global nutrition policy review ٢٠١٦-٢٠١٧: country progress in creating enabling policy environments for promoting healthy diets and nutrition)"، عام ٢٠١٨.

[٣٢٩] منظّمة الصّحّة العالميّة، "إستراتيجية التغذية لإقليم شرق المتوسط في الفترة من ٢٠٢٠ إلى ٢٠٣٠ (Strategy on nutrition for the Eastern Mediterranean Region ٢٠٢٠–٢٠٣٠)"، عام ٢٠١٩.

في حين أن الحكومات في المنطقة قد وضعت قوانين وسياسات لمعالجة انعدام الأمن الغذائي والتغذية، فإن هذه القوانين والسياسات تشهد درجات نجاح متفاوتة. فعلى سبيل المثال، رغم انخفاض معدلات نقص التغذية في المنطقة، فإن الأطفال لا يزالون يعانون من معدلات نقص الحديد وفيتامين أ العالية إلى جانب استهلاك اليود الكافي. وتشير بيانات حديثة (٢٠١٩) من دراسة مشتركة بين الوكالات إلى أن إضافة اليود إلى الملح كان جهداً سياسياً أكثر نجاحاً من إغناء الأطعمة الأساسية لتقليل نقص الحديد وفيتامين أ.[٣٣٠]

وتشمل الأمثلة الأخرى للقوانين والسياسات التي تهدف إلى معالجة سوء تغذية الأطفال والأمهات إغناء الأطعمة الأساسية بالمغذيات الدقيقة، ومكملات المغذيات الدقيقة، والتشجيع على الرضاعة الطبيعية الحصرية خلال الأشهر الستة الأولى من عمر الطفل، والتغذية المدرسية.[٣٣١] فمثلاً، تتبنى دولة الإمارات العربية المتحدة توصيات منظّمة الصّحّة العالميّة ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسيف بشأن ممارسات تغذية الرضع والأطفال وتشجع الرضاعة الطبيعية بصفتها الطريقة المثالية لتغذية الرضع والأطفال الصغار.

الجدول ١,٢٠:

الوضع القانوني لمدونة تسويق بدائل لبن الأم ٢٠٢٠

الفئة حسب اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا	البلد	سنة القياس	الوضع القانوني للمدونة
بلدان مجلس التعاون الخليجي	البحرين	٢٠١٨	متوافقة إلى حد كبير
	الكويت	٢٠١٤	متوافقة إلى حد كبير
	عُمان[٣٣٢]	١٩٩٨	تم تضمين بعض الأحكام
	قطر	-	لا توجد قياسات قانونية
	المملكة العربية السعودية	٢٠١٩	متوافقة إلى حد كبير
	الإمارات العربية المتحدة	٢٠١٨	متوافقة إلى حد كبير
المغرب العربي	الجزائر	٢٠١٢	تم تضمين بعض الأحكام
	ليبيا	-	لا توجد قياسات قانونية
	المغرب	-	لا توجد قياسات قانونية
	تونس	١٩٨٣	متوافقة نسبياً
المشرق العربي	مصر	٢٠١٨	تم تضمين بعض الأحكام
	إيران	٢٠١٠	تم تضمين بعض الأحكام
	الأردن	٢٠١٥	تم تضمين بعض الأحكام
	لبنان	٢٠٠٨	متوافقة إلى حد كبير
	دولة فلسطين	غير متاح	غير متاح
	سوريا	٢٠٠٠	متوافقة نسبياً
البلدان الأقل نمواً	جيبوتي	٢٠١٠	متوافقة نسبياً
	السودان	٢٠٠٠	تم تضمين بعض الأحكام
	الصومال	-	لا توجد قياسات قانونية
	اليمن	٢٠٠٢	متوافقة نسبياً

المصدر: منظمة الصحة العالمية

تنص سياسة تغذية الرضع في دولة الإمارات العربية المتحدة على وجوب إرضاع الرضع رضاعة طبيعية حصرية حتى سن ستة أشهر. بل إن المجلس الوطني الاتحادي بالإمارات قد أقر -في عام ٢٠١٤- مسودة بند في قانون حقوق الطفل ينص على إلزامية الرضاعة الطبيعية خلال العامين الأولين من عمر الرضيع مع إدخال التغذية التكميلية المثلى عند

[٣٣٠] منظمة الأغذية والزراعة والصندوق الدولي للتنمية الزراعية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسف وبرنامج الأغذية العالمي ومنظّمة الصّحّة العالميّة، "نظرة عامة إقليمية على الأمن الغذائي والتغذية في الشرق الأدنى وشمال أفريقيا لعام ٢٠١٩، إعادة التفكير في النظم الغذائية من أجل الحِميّات الصحية وتحسين التغذية (Regional Overview of Food Security and Nutrition in the Near East and North Africa ٢٠١٩ – Rethinking food systems for healthy diets and improved nutrition)"، لعام ٢٠٢٠.

[٣٣١] منظمة الأغذية والزراعة والصندوق الدولي للتنمية الزراعية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسف وبرنامج الأغذية العالمي ومنظّمة الصّحّة العالميّة، "نظرة عامة إقليمية على الأمن الغذائي والتغذية في الشرق الأدنى وشمال أفريقيا لعام ٢٠١٩، إعادة التفكير في النظم الغذائية من أجل الحِميّات الصحية وتحسين التغذية (Regional Overview of Food Security and Nutrition in the Near East and North Africa ٢٠١٩ – Rethinking food systems for healthy diets and improved nutrition)"، لعام ٢٠٢٠.

[٣٣٢] ارجع إلى القرار الوزاري رقم ٧٤ للعام ٢٠٢١ للاطلاع على المدونات المحدثة بشأن تسويق بدائل لبن الأم في عُمان.

بلوغه ستة أشهر من العمر. ومع ذلك، كشفت دراسة أجريت عام ٢٠١٥ عن ضعف الالتزام بممارسات تغذية الرضع الموصى بها أو الإلزامية.[٣٣٣]

لقد اتخذت معظم بلدان المنطقة بعض الخطوات لتنظيم تسويق بدائل لبن الأم، حيث عملت ١٧ دولة على صياغة بعض أحكام المدونة الدولية لتسويق بدائل لبن الأم في قانون. لكن ستة بلدان فقط من بينها قامت بتنفيذ أحكام المدونة بشكل كامل، ونفذت أربعة بلدان أخرى العديد من أحكام المدونة. يسرد الجدول ١,٢٠ الحالة الفردية للبلدان من ناحية المدونة بدءاً من عام ٢٠٢٠.[٣٣٤]

الأمن الغذائي

نظرة عامة

يُعد انعدام الأمن الغذائي مشكلة معقدة ويتأثر بالعديد من القضايا المترابطة غالباً، ومن بينها تحديات الحوكمة، والعقوبات الاقتصادية، والاعتماد الكبير على الواردات الغذائية، والنزاعات، والاضطرابات المدنية، وزيادة التعرض لتغير المناخ والكوارث الطبيعية.[٣٣٥] وبسبب أدوار النوع الاجتماعي والتوقعات المحلية، تبقى النساء غالباً عاملاً حاسماً في تحديد ما إذا كانت الأسرة تتمتع بالأمن الغذائي أم لا. تبين الدراسات أن الرجال والنساء يستخدمون الموارد بشكل مختلف وأن النساء أكثر احتمالاً من الرجال لحماية الأمن الغذائي لأسرهن عندما تكون الموارد تحت سيطرتهن.[٣٣٦]

يعد انعدام الأمن الغذائي مصدر قلق خطيراً في المنطقة، وبدءاً من عام ٢٠١٩، ظل المحرك الرئيسي لأزمات الغذاء في المنطقة[٣٣٧] في حالة نزاع. وظلت اليمن هي الأزمة الغذائية الأكثر حدة في العالم في عام ٢٠١٩ حيث استمر النزاع الذي طال أمده في زعزعة النشاط الاقتصادي، وتقييد الوصول إلى الخدمات والأسواق، وإلحاق الضرر بالبنية التحتية (ومن بينها الخدمات العامة الأساسية).[٣٣٨] وتراوح عدد الأشخاص الذين يعانون من انعدام الأمن الغذائي الحاد بين ١٥,٩ مليوناً في اليمن و٠,٣ ملايين في لبنان.

الجدول ١,٢١:

عدد الذين يعانون من انعدام الأمن الغذائي الحاد

البلد	العدد (بالملايين)
اليمن	١٥,٩
سوريا	٦,٦
العراق	١,٨
دولة فلسطين	١,٧
لبنان (اللاجئون السوريون)	٠,٣

المصدر: التقرير العالمي حول أزمات الغذاء، عام ٢٠٢٠.

على المستوى الإقليمي، بلغ انتشار نقص التغذية والسمنة نسبة ١٢ في المائة و٢٨ في المائة على التوالي. كما أفادت نسبة ١١ في المائة من السكان أنهم يعانون انعدام أمن غذائي حاداً. تزيد هذه الأرقام قليلاً على المتوسطات العالمية، والتي تبلغ ١١ في المائة لنقص التغذية و٩ في المائة لانعدام الأمن الغذائي الحاد.[٣٣٩]

الشكل ١,١٦:

حدة انعدام الأمن الغذائي على مقياس مستمر[٣٤٠]

انعدام أمن غذائي خفيف			انعدام أمن غذائي حاد
عدم اليقين بشأن القدرة على الحصول على الغذاء	الإخلال بجودة الطعام وتنوعه	تقليل كميات الطعام وإهمال الوجبات	المعاناة من الجوع

[٣٣٣] هازل جاردنر وآخرون، "الممارسات التي تتبعها المرأة الإماراتية عند تغذية الرضع في مدينة أبو ظبي التي تشهد تطوراً بوتيرة سريعة (Infant Feeding Practices of Emirati Women in the Rapidly Developing City of Abu Dhabi)"، الإمارات العربية المتحدة. المجلة الدولية للبحوث البيئية والصحة العامة. عام ٢٠١٥.

[٣٣٤] منظّمة الصّحّة العالميّة، "تسويق بدائل-لبن الأم: التنفيذ الوطني للمدونة الدولية - تقرير الحالة ٢٠٢٠ (Marketing of Breast milk Substitutes: National Implementation of the International Code -Status Report ٢٠٢٠)"، عام ٢٠٢٠.

[٣٣٥] مركز السياسات الدولية للنمو الشامل، Policy in Focus, Social Protection After the Arab Spring, The International Policy Centre for Inclusive Growth، المجلد ١٤، العدد رقم ٣، ٢٠١٧.

[٣٣٦] ماري رويل، "الفصل الثاني، الأمن الغذائي والتغذية: الروابط والتكامل، المعهد الدولي لبحوث السياسات الغذائية (Food Security and Nutrition: Linkages and Complementarities, International Food Policy Research institute)"، بلا تاريخ.

[٣٣٧] لاحظ أن التقرير العالمي عن أزمات الغذاء يصنف المنطقة بكونها تشمل أفغانستان وبنغلاديش والعراق ولبنان وميانمار وفلسطين وباكستان وسوريا وتركيا واليمن. ومن ثم، لم يتم استخدام الأرقام الإقليمية من هذه الدراسة لأنها لا تمثل المنطقة على النحو المحدد في تحليل الموقف هذا.

[٣٣٨] الشبكة العالمية لمكافحة الأزمات الغذائية وشبكة معلومات الأمن الغذائي، Food Crises, Joint Analysis for Better Decisions Global Report on ٢٠٢٠، عام ٢٠٢٠.

[٣٣٩] الإسكوا، رصد الأمن الغذائي في المنطقة العربية، ملخص تنفيذي، ٢٠١٩.

[٣٤٠] منظمة الأغذية والزراعة، مقياس المعاناة من انعدام الأمن الغذائي.

يؤثر انعدام الأمن الغذائي في النساء والفتيات في جميع الأعمار. أثناء الحمل، تصبح النساء التي تعاني من انعدام الأمن الغذائي أكثر عرضة للإصابة بفقر الدم الناجم عن نقص الحديد والقلق والاكتئاب وزيادة الوزن؛ وقد يؤثر انعدام الأمن الغذائي بين الأطفال تأثيراً سلبياً في النمو الجسدي والعقلي والمعرفي على المدى الطويل؛ ويصبح الراشدون الذين يعانون من انعدام الأمن الغذائي أكثر عرضة للإصابة بداء السكري وارتفاع ضغط الدم وفرط التوتر.[٣٤١]

الجدول ١,٢٢:

نتائج مؤشر الجوع العالمي لبلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، ٢٠١٠-٢٠١٩

الفئة حسب اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا	البلد	٢٠٠٥	٢٠١٠	٢٠١٩
بلدان مجلس التعاون الخليجي	البحرين	غير متاح	غير متاح	غير متاح
	الكويت	أقل من ٥	أقل من ٥	أقل من ٥
	قطر	غير متاح	غير متاح	غير متاح
	المملكة العربية السعودية	١٣,٧	٩,٢	٨,٥
	الإمارات العربية المتحدة	غير متاح	غير متاح	غير متاح
المغرب العربي	الجزائر	١٢,٩	١٠,٦	١٠,٣
	ليبيا	غير متاح	غير متاح	غير متاح
	المغرب	١٧,٧	٠/١٠	٩,٤
	تونس	٨,٦	٧,٩	٦,٢
المشرق العربي	مصر	١٤,٣	١٦,٣	١٤,٦
	إيران	٩,٤	٨,٢	٧,٩
	العراق	٢٤,٨	٢٣,٨	١٨,٧
	الأردن	٨,٧	٨,٣	١٠,٥
	لبنان	١٠,٣	٨,٠	١١,٦
	فلسطين	غير متاح	غير متاح	غير متاح
	سوريا	غير متاح	غير متاح	غير متاح
البلدان الأقل نمواً	جيبوتي	٤٣,٩	٣٦,٦	٣٠,٩
	السودان	-	-	٣٢,٨
	الصومال	غير متاح	غير متاح	غير متاح
	اليمن	٤١,٧	٣٤,٥	٤٥,٩

المصدر: مقياس الخطورة لمؤشر الجوع العالمي، حيث يمثِّل ٠ أفضل درجة (عدم وجود جوع) و١٠٠ أسوأ درجة.

≤٩,٩: منخفض	١٠- ١٩,٩: متوسط	٢٠-٣٤,٩: خطير	٣٥+: مقلق

يقدم الجدول ١,٢٢ صورة عالمية لانعدام الأمن الغذائي على النحو المبين في مؤشر الجوع العالمي (GHI) لعام ٢٠١٩.[٣٤٢] تتألف الدرجات من مزيج من أربعة مؤشرات - هزال الأطفال، والتقزم، والوفيات، ونقص التغذية (عدم كفاية السعرات الحرارية). تُعد أي درجة أقل من ١٠ منخفضة من حيث شدة الجوع؛ و١٠- ٢٠ معتدلة وما فوق ٢٠ خطيرة.

تقع خمسة بلدان من البلدان الأربعة عشر التي لديها بيانات متاحة ضمن فئة الخطورة "المنخفضة"، وثلاثة في فئة الخطورة - على الرغم من أن ثلاثة من البلدان السبعة التي ليست لديها بيانات (ليبيا والصومال وسوريا) تعد مصدر قلق كبيراً. يُعد مستوى اليمن -التي درجتها ٤٥,٩- من الجوع "مقلقاً" بموجب هذا المقياس. ويستمر الاتجاه مع مرور الوقت (بين عامي ٢٠٠٥ و٢٠١٩) بشكل عام ناحية التحسن بين غالبية البلدان، باستثناء اليمن، على الرغم من أن الجوع آخذ في الازدياد منذ عام ٢٠١٠ في لبنان والأردن.

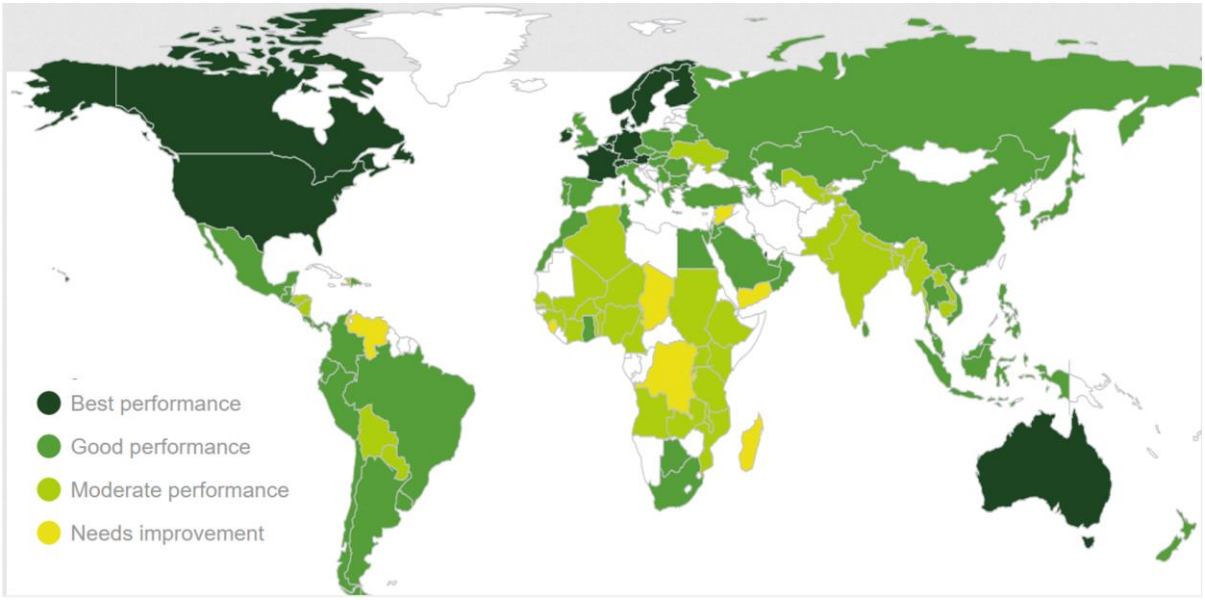
يعرض الرسم البياني أدناه صورة عالمية عن الأمن الغذائي حسب البلد. تشكل البلدان داخل المنطقة مزيجاً بين الأداء "الجيد" و"المعتدل"، باستثناء سوريا واليمن، ومع فقد البيانات من بعض البلدان الرئيسة

[٣٤١] اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا، "الآفاق العربية في عام ٢٠٣٠: التوقعات المتعلقة بتحسين الأمن الغذائي في المنطقة العربية (Arab Horizon ٢٠٣٠: Prospects for Enhancing Food Security in the Arab Region)"، عام ٢٠١٧.

[٣٤٢] المعهد الدولي لبحوث السياسات الغذائية (IFPRI) ووكالة Concern Worldwide ومؤسسة feWelthungerhil، "مؤشر الجوع العالمي لعام ٢٠١٩ (Global Hunger Index ٢٠١٩)"، عام ٢٠١٩.

موضـع الاهتمام (الصـومال وجيبوتي). وهذا يتفق جيداً مع البيانات الواردة أعلاه في الجدول ١,٢٢

المخطط ١,٢: الأمن الغذائي حسب البلد[٣٤٣]



الأعراف والممارسات الاجتماعية والثقافية

على الصعيد العالمي، تشكل النساء في المتوسط ٤٣ في المائة من القوة العاملة الزراعية في البلدان النامية. ومن بين هؤلاء النساء، تعتمد نسبة ٧٩ في المائة على الزراعة كمصدر أساسي لكسب الرزق.[٣٤٤] وحتى على الرغم من أن النساء يقدمن إسهامات حاسمة في الزراعة من خلال إنتاج الغذاء وتجهيزه وتسويقه وشرائه وإعداده، فإن حقوق حيازة الأراضي الخاصة بهن ليست مضمونة في العديد من البلدان داخل المنطقة، كما أنهن لا يمارسن السيطرة على الكثير من إنتاج الأغذية وإدارتها. ولا يزال عدم كفاية وصول النساء إلى الأراضي والموارد والمدخلات الإنتاجية الأخرى يمثِّل عقبة خطيرة أمام تحسين الأمن الغذائي والإنتاجية الزراعية في المنطقة.[٣٤٥] فمثلاً في مصر، تصنف الأعراف الاجتماعية النساء بكونهن "مساعِدات" لعائلاتهن وأزواجهن ولسن عاملات بذاتهن. ولا يُقدَّر أن النساء يسهمن في الزراعة أو يشاركن في الري، في حين أن الأبحاث الحديثة تشير إلى أن ٤٣ في المائة من النساء يعملن في الزراعة.[٣٤٦] كما تُعد نسبة ٢ في المائة إلى ٢٠ في المائة من الأراضي الزراعية (حسب النوع) في مصر مملوكة للنساء.[٣٤٧]

تبقى البيانات المتعلقة بملكية الأراضي أو السيطرة على الأراضي الزراعية حسب النوع الاجتماعي في المنطقة شحيحة وغير متوفرة للإطار الزمني المشمول في تحليل الوضع هذا (٢٠١٠- ٢٠١٩). ومع ذلك، تشير أحدث البيانات (بين عامي ١٩٩٦ و٢٠٠٥) المستمدة من التعدادات الزراعية التي جمعتها منظمة الأغذية والزراعة بشأن أصحاب الحيازات الزراعية حسب النوع الاجتماعي إلى انخفاض ملكية النساء للأراضي الزراعية وسيطرتهن عليها (أي أقل من ١٠ في المائة بالنسبة إلى البلدان الستة التي تتوافر بيانات بشأنها[٣٤٨]).

من المهم ملاحظة أن القوانين المستندة إلى بعض تفسيرات الشريعة تمنح المرأة المسلمة مجموعة من الحقوق في الملكية، كالحق في حيازة الممتلكات -ومن بينها الأراضي- وامتلاكها واستخدامها وإدارتها ووراثتها وبيعها. ولا تتأثر هذه الحقوق بزواج المرأة.[٣٤٩] وفي العديد من البلدان في المنطقة، تكرس قوانين الدولة حقوق الملكية للإناث. لكن تفسير هذه الحقوق وتطبيقها على أرض الواقع محدود وغير مستقر. فالأعراف المجتمعية تتغاضى غالباً عن حرمان الإناث من الأراضي والممتلكات الأخرى، ما يؤدي إلى انتهاكات سرية أو علنية لحقوقهن. كما يمكن للذكور

[٣٤٣] الإسكوا، رصد الأمن الغذائي في المنطقة العربية، ٢٠١٩.

[٣٤٤] منظمة الأغذية والزراعة، "مستقبل الأغذية والزراعة: الاتجاهات والتحديات"، ٢٠١٧.

[٣٤٥] اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا، "الآفاق العربية في عام ٢٠٣٠: التوقعات المتعلقة بتحسين الأمن الغذائي في المنطقة العربية (Arab Horizon ٢٠٣٠: Prospects for Enhancing Food Security in the Arab Region)"، عام ٢٠١٧.

[٣٤٦] دينا النجار وآخرون، "إبراز عمل المرأة المصرية في الزراعة وتحسين وصولها إلى الأصول الإنتاجية (Making Egyptian women's agricultural labor visible and improving their access to productive assets)"، عام ٢٠١٩.

[٣٤٧] المرجع نفسه

[٣٤٨] الجزائر ومصر وإيران والأردن ولبنان والمغرب والمملكة العربية السعودية وتونس.

[٣٤٩] برنامج الامم المتحدة للمستوطنات البشرية، "المبادئ الإسلامية والأرض (Islamic Principles and Land)"، عام ٢٠١١.

إجبار قريباتهم على التنازل عن أرضهن أو ممتلكاتهن الأخرى أو الاستيلاء عليها والتصرف فيها دون علمهن.[٣٥٠]

ومن ثم، فإن افتقار النساء إلى السيطرة على الموارد الإنتاجية في المنطقة سيشكل على الأرجح عائقاً مستمراً للأمن الغذائي وستكون له مجموعة من النتائج السلبية على النساء والفتيات.

آليات التأقلم السلبية

في جميع أنحاء المنطقة، وخاصة في البلدان المتأثرة بالنزاعات، تُعد الأسر التي تعيلها نساء هي الأكثر عرضة لانعدام الأمن الغذائي والأكثر احتمالاً للجوء إلى آليات التأقلم السلبية كالتسول والاقتراض غير المستدام والبيع البائس للأصول و/أو المهانة و/أو العمل الخطير. تتناول المنشورات المتوافرة هذه المشكلات في جميع أنحاء المنطقة، لا سيما في فلسطين وسوريا واليمن وليبيا. ففي فلسطين، تزيد معاناة الأسر التي تعولها النساء من انعدام الأمن الغذائي عن الأسر التي يعيلها الرجال بنسبة ١٥ في المائة على الأرجح.[٣٥١] وبالمثل، فإن ١٧ في المائة من الأسر الليبية التي تعولها النساء تعاني من انعدام الأمن الغذائي، مقارنة بنسبة ١١ في المائة من الأسر التي يعولها الرجال.[٣٥٢] كما أن النساء في ليبيا بشكل عام أول من يضحي بطعامهن حتى يتمكن أطفالهن وأقاربهن الآخرون من الأكل، ويلجأن على الأرجح إلى آليات التأقلم في حالات الطوارئ. وتشمل هذه الآليات العمل الذي يمكن أن يعرضهن للعنف القائم على أساس النوع الاجتماعي وغيره من المخاطر الجسيمة على سلامتهن وحياتهن كذلك.[٣٥٣]

في اليمن، يؤثر انعدام الأمن الغذائي تأثيراً هائلاً في النساء الحوامل والمرضعات وأطفالهن، ومن المرجح أن تكون النساء بشكل عام أول من يعاني من الجوع في الأسرة عندما يشح الطعام من أجل دعم دورهن التقليدي كمعد للطعام لأفراد الأسرة الآخرين.[٣٥٤] وللتغلب على ذلك، تسعى بعض النساء اليمنيات إلى الحصول على عمل مدفوع الأجر خارج المنزل وهن لا يزلن يؤدين مهامهن المنزلية التقليدية التي يمكن أن تزيد عبء العمل عليهن بشكل كبير.[٣٥٥] وعند خروج هؤلاء النساء بحثاً عن طعام و/أو عمل مدفوع الأجر من أجل شراء الطعام، يصبحن أكثر عرضة للاستغلال وغيره من مشكلات تتعلق بالحماية.[٣٥٦] وما يزيد من حدة القلق وجود ارتفاع في حالات زواج الأطفال في اليمن في عامي ٢٠١٧ و٢٠١٨ والتي ربطتها المنشورات المتاحة بانعدام الأمن الغذائي؛ قد يكون الآباء أكثر ميلاً إلى تزويج بناتهم في سن مبكرة لتقليل عدد الأفراد الذين يتعين عليهم إطعامهم في المنزل.[٣٥٧]

وعلى غرار اليمن، من المرجح أن تلجأ الأسر التي تعولها النساء والأطفال في سوريا إلى آليات التأقلم السلبية عند مواجهة انعدام الأمن الغذائي، مثل: شراء الغذاء بالدَّين.[٣٥٨] فالمشكلات المتعلقة بالوصول تُعد سبباً رئيسياً لانعدام الأمن الغذائي للعديد من النساء والفتيات السوريات؛ وأدت النزاعات إلى زيادة صعوبة الحصول على الإمدادات أو المساعدات الغذائية.[٣٥٩]

الخدمات والبرامج والمعلومات

تبقى البيانات والتحليلات المتعلقة بالخدمات والبرمجة لتعزيز الأمن الغذائي في المنطقة قليلة. لكن هناك أمثلة داخل المنطقة من البلدان التي بدأت برامج رعاية اجتماعية تستهدف النساء والفتيات على وجه التحديد لمنع انعدام الأمن الغذائي (وكذلك تعزيز التغذية الكافية). في إيران -على سبيل المثال- ترسل الحكومة طروداً غذائية إلى النساء الحوامل والمرضعات لتجنب سوء التغذية خلال هذه الفترة الحرجة لكل من الأمهات والأطفال. وهذا هو أحد مكونات برنامج خاص تابع لوزارة الصحة والتعليم الطبي الذي يركز بشكل خاص على الأمن الغذائي وتغذية النساء والأطفال.[٣٦٠] وفي الجزائر، تحاول الحكومة تعزيز النشاط الاقتصادي المتزايد للنساء في قطاع الزراعة كوسيلة لتعزيز الأمن الغذائي.[٣٦١]

---

[٣٥٠] أمل قنديل، "لندع العدالة تأخذ مجراها: احترام حقوق الإناث في الأرض في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (emale Land Rights Let Justice be Done: Respect for F in the Middle East and North Africa)"، عام ٢٠٢٠.

[٣٥١] لجنة الأمم المتحدة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا، "الوضع الاجتماعي والاقتصادي للنساء والفتيات الفلسطينيات (Social and Economic Situation of Palestinian Women and Girls)"، عام ٢٠١٩، صفحة ١٥.

[٣٥٢] مكتب تنسيق الشؤون الإنسانيّة التابع للأمم المتحدة، "نظرة عامة على الاحتياجات الإنسانية لعام ٢٠١٩: ليبيا (Humanitarian Needs Overview ٢٠١٩: Libya)"، عام ٢٠١٩، صفحة ٥٥

[٣٥٣] المرجع نفسه، صفحة ٣٧.

[٣٥٤] بيس تراك وآخرون، "التغييرات المقبلة: النساء اليمنيات يرسمن خريطة الطريق نحو السلام، العصبة النسائية الدولية للسلم والحرية (en Changes Ahead: Yemeni Wom Map the Road to Peace ,٢٠١٩ ،s International League for Peace and Freedom'Women)"، عام ٢٠١٩، صفحتا ٨ و١١.

[٣٥٥] المرجع نفسه. صفحة ٦.

[٣٥٦] مكتب تنسيق الشؤون الإنسانيّة التابع للأمم المتحدة، "نظرة عامة على الاحتياجات الإنسانية لعام ٢٠١٩: اليمن (Humanitarian Needs Overview ٢٠١٩: Yemen)"، عام ٢٠١٩، صفحة ٢٤.

[٣٥٧] المرجع نفسه، صفحتا ١٧ و٤٠.

[٣٥٨] مكتب تنسيق الشؤون الإنسانيّة التابع للأمم المتحدة، "نظرة عامة على الاحتياجات الإنسانية لعام ٢٠١٩: الجمهورية العربية السورية (Humanitarian Needs Overview ٢٠١٩: Syrian Arab Republic)"، عام ٢٠١٩، صفحتا ٢٦ و٦٥

[٣٥٩] المرجع نفسه. صفحة ٧٥.

[٣٦٠] الوكالة العامة لشؤون المرأة والأسرة، "المرأة الإيرانية بعد ٢٥ عاماً من خطة عمل بكين (بكين بعد ٢٥ عاماً) (٢٥nian Women Ira Years after the Beijing Action Plan (Beijing+٢٥))"، مكتب الشؤون الدولية، الجمهورية الإسلامية الإيرانية، عام ٢٠١٩، صفحتا ٩١ و١٤٨

[٣٦١] الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: "التقرير الوطني حول تنفيذ منهاج عمل بكين بعد ٢٥ عاماً (بكين بعد ٢٥ عاماً): الجزائر (National Report on the Implementation the Beijing Platform for Action after ٢٥ (Beijing+٢٥years): Algeria)"، عام ٢٠١٩، صفحة ٩.

التغذية

نظرة عامة

إن العبء الثلاثي لسوء التغذية، الذي يتألف من نقص التغذية والزيادة في الوزن والسمنة ونقص المغذيات الدقيقة، ظاهر بوضوح بين النساء والفتيات في المنطقة، مع ارتفاع معدلات السمنة إلى جانب كل من سوء التغذية الحاد والمزمن، لا سيما في البلدان المتضررة من الأزمات الممتدة، مثل: اليمن وسوريا. يرتفع معدل نقص التغذية بشكل خاص في البلدان المتضررة من النزاعات (ارجع إلى الجدول ١,٢٣، أدناه).

للنساء -وتحديداً الحوامل والمرضعات واليافعات الحوامل- أيضاً متطلبات متزايدة من العناصر الغذائية -مثل الحديد والكالسيوم وحمض الفوليك وفيتامين أ- التي لا تتوافر في كثير من الأحيان. ويختلف الإلمام بممارسات تغذية الرضّع والأطفال الصغار-ومنها الرضاعة الطبيعية- والالتزام بها اختلافاً كبيراً بين البلدان الموجودة في المنطقة وداخلها، مع وجود عوامل، مثل: مستوى تعليم الأم وعمر الأم وصحة الأم والوضع الوظيفي للأم ومكان الولادة ومكان الإقامة (أي المناطق الحضرية مقابل المناطق الريفية) ما يؤثر في الحالة التغذوية للأطفال. وفي جميع أنحاء المنطقة، تتمتع النساء والفتيات بالقدرة على الاستفادة من السياسات الوطنية التي تركز على إجازة الأمومة المكفولة، والتواصل بشأن تغيير السلوك بناءً على معايير التغذية العالمية، والحوافز لتحسين وصول النساء إلى الفيتامينات والمعادن الأساسية واستخدامها.

مع أن تحسين الوصول إلى الحميات الغذائية الصحية المتنوعة واستهلاكها هو أفضل طريقة لضمان تناول المغذيات الدقيقة الكافية، لكن إذا لم يتحقق ذلك، سيكون هناك دور للمكملات الغذائية وإغناء الأطعمة. وقد وجدت أبحاث أجرتها منظّمة الصّحّة العالميّة أنه قد تم تطبيق المكملات الغذائية وإغناء الأطعمة على نطاق واسع في جميع أنحاء المنطقة.[٣٦٢] فهناك ٢١ بلداً توفر مكملات الفيتامينات والمعادن إلى النساء الحوامل (الحديد، أو الحديد وحمض الفوليك في الغالب)، بينما أفادت ثمانية بلدان بتوفير المكملات للنساء اللواتي في سن الإنجاب (حمض الفوليك والحديد) وأفادت ١٦ بلداً بتوفير المكملات للأطفال (فيتامين أ، الحديد، مسحوق المغذيات الدقيقة، الزنك، اليود).[٣٦٣] كما أفادت ستة عشر بلداً بإغناء الملح، بينما أفادت ١٢ بلداً بإغناء دقيق القمح وأفادت ستة بلدان أخرى بإغناء الزيت، وأفاد بلد واحد بإغناء السكر.[٣٦٤] وكان الحديد وحمض الفوليك من أكثر مواد الإغناء التي أضيفت إلى دقيق القمح. وقد وجد تقييم إقليمي خاص بإغناء دقيق القمح في عام ٢٠١٨ أن ١٧ دولة تقوم ببعض التغطية لدقيق القمح المدعم بالحديد وحمض الفوليك، وأن هذا كان إلزامياً في ١١ دولة.[٣٦٥] وعلى الرغم من هذا التقدم، أشار تقرير إقليمي عن إغناء دقيق القمح إلى أن هناك حاجة إلى مزيد من الإجراءات لتوسيع تغطية إغناء دقيق القمح وضمان فعاليته.[٣٦٦]

تُظهر في المنطقة تفاوتات هائلة تتعلق بنقص التغذية والأمن الغذائي. في البلدان التي لا توجد بها نزاعات، تبلغ معدلات نقص التغذية ضعف معدلها في البلدان متقدمة النمو. لكن تقارير البلدان المتأثرة بالنزاعات تشير بشكل مقلق إلى نقص التغذية بنسبة ٢٧,٧ في المائة -أي أكثر من خمسة أضعاف البلدان غير المتأثرة بالنزاعات في المنطقة- وبمعدل انتشار أعلى من أقل البلدان نمواً على المستوى العالمي.[٣٦٧]

الجدول ١,٢٣:

الجوع وانعدام الأمن الغذائي في مناطق فرعية محددة من الدول العربية، متوسطات ٣ أعوام للأعوام من ٢٠١٦ إلى ٢٠١٨

الفئة	انتشار نقص التغذية	انتشار انعدام الأمن الغذائي الشديد	انتشار انعدام الأمن الغذائي المتوسط أو الحاد	البلدان المصنفة
الدول العربية				
جميع الدول العربية	١٣,٢ في المائة	١٠,٢ في المائة	٣٣,٣ في المائة	الجزائر والبحرين وجزر القمر وجيبوتي ومصر والعراق والأردن والكويت ولبنان وليبيا وموريتانيا والمغرب وعُمان وفلسطين وقطر والمملكة العربية السعودية

[٣٦٢] منظمة الصحة العالمية، "إستراتيجية التغذية لمنطقة شرق البحر الأبيض المتوسط للفترة من ٢٠٢٠ إلى ٢٠٣٠ (nutrition for the Eastern Mediterranean Strategy on Region ٢٠٢٠–٢٠٣٠)"، عام ٢٠١٩.

[٣٦٣] منظمة الصحة العالمية، "الاستعراض الشامل لسياسة التغذية للعامين ٢٠١٦ و٢٠١٧: التقدم المحرز على الصعيد القطري في خلق بيئات سياسية تمكينية لتعزيز النظم الغذائية والتغذية الصحية (rition policy review Global nut ٢٠١٦-٢٠١٧: country progress in creating enabling policy environments for promoting healthy diets and nutrition)"، عام ٢٠١٨.

[٣٦٤] المرجع نفسه

[٣٦٥] منظمة الصحة العالمية، "إغناء دقيق القمح في إقليم شرق المتوسط (Eastern Mediterranean Region Wheat flour fortification in the)"، عام ٢٠١٩.

[٣٦٦] المرجع نفسه

[٣٦٧] منظمة الأغذية والزراعة والصندوق الدولي للتنمية الزراعية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسف وبرنامج الأغذية العالمي ومنظّمة الصّحّة العالميّة، "نظرة عامة إقليمية على الأمن الغذائي والتغذية في الشرق الأدنى وشمال أفريقيا لعام ٢٠١٩، إعادة التفكير في النظم الغذائية من أجل الحِميّات الصحية وتحسين التغذية (Regional Overview of Food Security and Nutrition in the Near East and North Africa ٢٠١٩ – Rethinking food systems for healthy diets and improved nutrition)"، لعام ٢٠٢٠.

				والصومال والسودان وسوريا والإمارات العربية المتحدة وتونس واليمن.
التأثر بالنزاعات/عدم التأثر بنزاعات				
البلدان المتأثرة بالنزاعات	٢٧,٧ في المائة	..	..	العراق وليبيا والصومال وسوريا والسودان واليمن.
البلدان غير المتأثرة بنزاعات	٥,٤ في المائة	٨,٩ في المائة	٣٢,١ في المائة	الجزائر والبحرين وجزر القمر وجيبوتي ومصر والأردن والكويت ولبنان وموريتانيا والمغرب وعُمان وفلسطين وقطر والمملكة العربية السعودية وتونس والإمارات العربية المتحدة.
المقارنة العالمية للمناطق أو الفئات				
البلدان الأقل نمواً	٢٣,٦ في المائة	٢٢,٤ في المائة	٥٢,٥ في المائة	
المناطق النامية	١٢,٨ في المائة	١٠,٢ في المائة	٢٨,٩ في المائة	
المناطق المتقدمة في النمو	<٢,٥ في المائة	١,١ في المائة	٨,٠ في المائة	

ملحوظات:

".." يشيران إلى عدم توافر البيانات. بيانات مقياس المعاناة من انعدام الأمن الغذائي (FIES) غير متاحة إما لأنه لم يتم جمعها وإما لعدم إتاحتها من جانب الحكومات.

*تم تضمين جزر القمر وموريتانيا أيضاً في أرقام "جميع الدول العربية" وأرقام "البلدان غير المتأثرة بنزاعات" لكنهما ليسا جزءاً من تحليل الوضع هذا.

المصدر: منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة، "قاعدة البيانات الإحصائية لمنظمة الأغذية والزراعة (FAOSTAT)"، عام ٢٠١٩. وفق ما قدمته منظمة الأغذية والزراعة والصندوق الدولي للتنمية الزراعية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسف وبرنامج الأغذية العالمي ومنظّمة الصّحّة العالميّة، "نظرة عامة إقليمية على الأمن الغذائي والتغذية في الشرق الأدنى وشمال أفريقيا ٢٠١٩، إعادة التفكير في الحميات الغذائية من أجل الحِميَات الصحية وتحسين التغذية (Regional Overview of Food Security and Nutrition in the Near East and North Africa ٢٠١٩ – Rethinking food systems for healthy diets and improved nutrition)"، عام ٢٠٢٠.

وكان معدل نقص التغذية في المنطقة ككل قد انخفض بنمط مستمر تقريباً بين عامي ٢٠٠٠ و٢٠١٤، وحققت غالبية البلدان الأهداف الإنمائية للألفية (MDG) المتمثلة في خفض نقص التغذية إلى النصف بين عامي ١٩٩٠ و٢٠١٥. لكن انتشار نقص التغذية بدأ في الازدياد في البلدان المتأثرة بالنزاعات، وأدى إلى محو الكثير من التقدم الإقليمي. والبيانات المتعلقة بنقص التغذية في البلدان المتأثرة بالنزاع شحيحة، كما أن البيانات الشاملة غير متاحة سوى للعراق واليمن فقط. فلا توجد بيانات عن ليبيا أو الصومال أو سوريا؛ لكن الخبراء يفترضون أن هناك مستويات من نقص التغذية مماثلة للمتوسط الخاص بالعراق واليمن. وتشير التقديرات إلى أن معدل انتشار نقص التغذية بالبلدان المتأثرة بالنزاعات يزيد بما يتراوح بين أربعة وخمسة أضعاف على البلدان غير المتأثرة بالنزاعات منذ ٢٠٠٤-٢٠٠٦.[٣٦٨]

النظام الغذائي

الجدول ١,٢٤:

النسبة المئوية للأشخاص (أكبر من ١٨ عاماً) الذين يعانون من السمنة (مؤشر كتلة الجسم BMI > ٣٠)

الفئة حسب اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا	البلد	النسبة المئوية للإناث	النسبة المئوية للذكور
بلدان مجلس التعاون الخليجي	البحرين	٤١,٣	٢٩,٧
	الكويت	٤٣,٣	٣٤,٨
	عُمان	٣٣,٥	٢٢,٧
	قطر	٤٧,٨	٣٨,٩
	المملكة العربية السعودية	٣٩,٥	٢٩,٥
	الإمارات العربية المتحدة	٤١,٢	٣١,٦
المغرب العربي	ليبيا	٣٨,٠	٢٥,٨

[٣٦٨] منظمة الأغذية والزراعة والصندوق الدولي للتنمية الزراعية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسف وبرنامج الأغذية العالمي ومنظّمة الصّحّة العالميّة، "نظرة عامة إقليمية على الأمن الغذائي والتغذية في الشرق الأدنى وشمال أفريقيا لعام ٢٠١٩، إعادة التفكير في النظم الغذائية من أجل الحِميَات الصحية وتحسين التغذية (Regional Overview of Food Security and Nutrition in the Near East and North Africa ٢٠١٩ – Rethinking food systems for healthy diets and improved nutrition)"، لعام ٢٠٢٠.

	المغرب	٢٧,٦	١٥,٦
	تونس	٣٣,٩	٢٠,٢
المشرق العربي	مصر[٣٦٩]	٣٦,٠	١٩,٤
	العراق	٢٧,٣	١٥,٣
	الأردن	٣٥,٦	٢١,٠
	لبنان	٣٥,٧	٢٦,١
	سوريا	٢٧,٣	١٥,٩
البلدان الأقل نمواً	السودان	٩,٦	٣,٦
	اليمن	١٩,٤	٩,١

المصدر: مرصد الصحة العالمية

تسفر النظام الغذائي السيئة بشكل مباشر عن مجموعة من النتائج الصحية السلبية، من حيث نقص التغذية وفرط التغذية على حد سواء (ارجع إلى قسم التغذية لمزيد من التفاصيل). يمكن أن يسهم فرط التغذية الذي يؤدي إلى السمنة في الإصابة بمجموعة من الأمراض غير السارية، مثل: أمراض القلب والأوعية الدموية (مرض القلب والسكتة الدماغية بشكل رئيسي) والسكري واضطرابات الجهاز العضلي الهيكلي وبعض أنواع السرطان.

لقد شهدت العقود القليلة الماضية زيادة في تناول الأطعمة الغنية بالطاقة التي تحتوي على كميات مرتفعة من الدهون والسكريات. وقد أدى ذلك -إلى جانب انخفاض النشاط البدني (ارجع إلى أعلاه)- إلى انتشار وباء السمنة على مستوى العالم. في عام ٢٠١٦، كان يعاني أكثر من ١,٩ مليار راشد في سن ١٨ عاماً فأكثر (٣٩ في المائة من الرجال و٤٠ في المائة من النساء) من الزيادة في الوزن في جميع أنحاء العالم. وكان من بين هؤلاء أكثر من ٦٥٠ مليوناً (١٣ في المائة من سكان العالم الراشدين (١١ في المائة من الرجال و١٥ في المائة من النساء) يعانون من السمنة المفرطة. وقد تضاعف الانتشار العالمي للسمنة ثلاث مرات تقريباً بين عامي ١٩٧٥ و٢٠١٦.[٣٧٠]

واحتلت منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ومنطقة الدول العربية المرتبة الثانية في ترتيب السمنة في العالم. وعند تحليل البيانات من خلال دخل الفرد، فإنها تشير إلى وجود ارتباط إيجابي بين انتشار الزيادة في الوزن والسمنة ودخل الفرد. فبلدان المنطقة ذات المعدلات الأدنى للزيادة في الوزن والسمنة هي البلدان منخفضة الدخل أو ذات الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط (جيبوتي والصومال واليمن).[٣٧١] وتنتشر الزيادة في الوزن أو السمنة بشكل كبير في بلدان مجلس التعاون الخليجي، حيث ترتفع المعدلات لدى النساء والفتيات بشكل ثابت عن الرجال والفتيان عبر أنحاء المنطقة.

بشكل عام، وصل معدل الزيادة في الوزن (مؤشر كتلة الجسم أكبر من ٢٥ أكبر من ٣٠) بالمنطقة في عام ٢٠١٦ إلى ٤٦,٥ في المائة للراشدين (٤٣,٣ في المائة من الذكور، ٤٩,٨ في المائة من النساء)، و٢٠,٥ في المائة بالنسبة إلى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٥ و١٩ عاماً (٢٠,٢ في المائة من الأولاد، و٢٠,٧ في المائة من الفتيات). ويزيد هذا المعدل عن المتوسط العالمي (٣٩,١ في المائة بالنسبة إلى الراشدين، ١٨,٤ في المائة بالنسبة إلى الأطفال)، ولكنه أقل من أوروبا والأمريكتين ومنطقة غرب المحيط الهادئ.[٣٧٢]

ووصل معدل السمنة (مؤشر كتلة الجسم أكبر من ٣٠) بالمنطقة في عام ٢٠١٦ إلى ١٩,٥ في المائة للراشدين (١٤,٩ في المائة من الرجال، ٢٤,٣ في المائة من النساء)، و٨,٢ في المائة بالنسبة إلى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٥ و١٩ عاماً (٨,٣ في المائة من الأولاد، ٨,١ في المائة من الفتيات). ويزيد هذا المعدل أيضاً عن المتوسط العالمي (١٣,٢ في المائة بالنسبة إلى الراشدين، ٥,٦ في المائة بالنسبة إلى الأطفال)، ولكنه أقل من أوروبا والأمريكتين.

وعلى مستوى البلد، تعتلي قطر صدارة المنطقة في مجال السمنة، حيث صُنِّف ما يقرب من نصف النساء (٤٧,٨ في المائة) في فئة السمنة. ويلي قطر عن كثب في الترتيب كل من الكويت والبحرين والإمارات العربية المتحدة، حيث تزيد معدلات السمنة في كل منها بين النساء على ٤٠ في المائة. أما البلدان الأقل نمواً التي تتوافر عنها بيانات (السودان واليمن)،

[٣٦٩] أشار استبيان المشكلات الصحية في مصر (EHIS) ٢٠١٢ إلى أن مؤشر كتلة الجسم > ٣٠ للفئة العمرية ١٥- ٥٩ عاماً يبلغ ٥٠,٣ في المائة بالنسبة إلى النساء و٢٦,٤ في المائة بالنسبة إلى الرجال في مصر.

[٣٧٠] منظمة الصحة العالمية، "نشرة حقائق عن السمنة (Obesity Fact Sheet)"، إبريل ٢٠٢٠، عام ٢٠٢٠.

[٣٧١] منظمة الأغذية والزراعة والصندوق الدولي للتنمية الزراعية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسف وبرنامج الأغذية العالمي ومنظّمة الصّحّة العالميّة، "نظرة عامة إقليمية على الأمن الغذائي والتغذية في الشرق الأدنى وشمال أفريقيا لعام ٢٠١٩، إعادة التفكير في النظم الغذائية من أجل الحِميّات الصحية وتحسين التغذية (Regional Overview of Food Security and Nutrition in the Near East and North Africa ٢٠١٩ – Rethinking food systems for healthy diets and improved nutrition)"، لعام ٢٠٢٠.

[٣٧٢] منظّمة الصّحّة العالميّة - مرصد الصحة العالمية.

فلديها معدلات أقل بكثير من الزيادة في الوزن/السمنة، لكنها تواجه تحديات أكبر تتعلق بنقص التغذية.

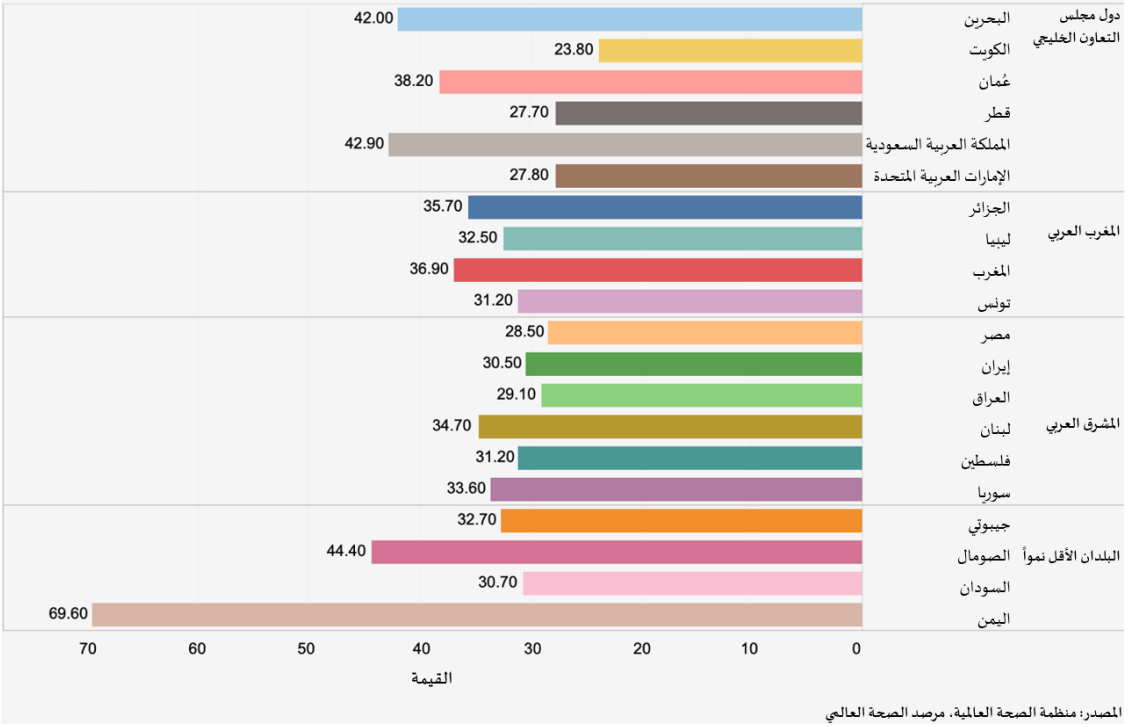
أشارت دراسة أجريت في عام ٢٠١٩ عن التفاوتات الجنسانية في المدخول الغذائي إلى أنَّ منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ومنطقة الدول العربية تتميَّز بوجود فجوة جنسانية ملحوظة تضر بالنساء. وقد أشارت أيضاً إلى أن المنطقة شهدت زيادة كبيرة في انتشار السمنة والأمراض غير السارية ذات الصلة بالتغذية، بحيث يندرج معدل انتشار السمنة ومرض السكري من بين أعلى المعدلات على مستوى العالم.[٣٧٣]

الأعراف والممارسات الاجتماعية والثقافية

من المحتمل أن يكون للأعراف والمعتقدات الاجتماعية والثقافية دور في الحالة التغذوية للنساء والفتيات في المنطقة. وقد وجدت دراسة في تونس -على سبيل المثال- أن النظام الغذائي للنساء بشكل عام أقل جودة من الرجال من حيث التنوع وكفاية الغذاء.[٣٧٤] ولم يكن للعمر وحجم الأسرة ومستويات التعليم ارتباط كبير بمستويات التغذية، لكن الباحثين لاحظوا وجود ارتباطات ثقافية تتعلق بكون الحلويات أنثوية واللحوم ذكورية.[٣٧٥] وهذا الارتباط -حتى ولو كان خفياً ولا شعورياً- يمكن أن يقدم تفسيراً جزئياً لعدم كفاية مستويات الحديد لدى النساء، وهو أمر يثير قلق النساء اللواتي في سن الإنجاب والأطفال على مستوى العالم وخاصة في المنطقة. فعلى سبيل المثال، تعاني نسبة تُقدر بنحو ٣٥,٥ في المائة من النساء في سن الإنجاب و٣٨ في المائة من النساء الحوامل في العراق من فقر الدم الناجم عن نقص الحديد؛ وفي فلسطين، تعاني نسبة تتراوح بين ٢٠ و٢٥ في المائة من الأطفال -الذكور والإناث على حد سواء- من فقر الدم الناجم عن نقص الحديد.[٣٧٦،٣٧٧] وفي اليمن والصومال يوجد أعلى معدل لانتشار فقر الدم الناجم عن نقص الحديد في المنطقة، حيث تبلغ نسبتاهما ٦٩,٦ في المائة و٤٤,٤ في المائة على التوالي.[٣٧٨] يعرض الشكل ١,١٧ أدناه انتشار فقر الدم الناجم عن نقص الحديد في جميع أنحاء المنطقة.

حيث إن زيادة انتشار فقر الدم بين النساء في سن الإنجاب يشير إلى عدم كفاية تناول المغذيات الدقيقة، فإن فقر الدم يدل على وضع الأمن الغذائي.[٣٧٩]

الشكل 1.17: انتشار أنيميا فقر الدم بين النساء اللواتي في سن الإنجاب (من 15 إلى 49 عاماً)، النسبة المئوية



المصدر: منظمة الصحة العالمية، مرصد الصحة العالمي

[٣٧٣] عباسي ومحمد مهدي وآخرون، أوجه عدم المساواة بين الجنسين في جودة النظام الغذائي ونمطها الاجتماعي الاقتصادي في سياق التحول الغذائي في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا: دراسة مقطعية أُجريت في تونس، مجلة Nutrition Journal ١٨:١٨، عام ٢٠١٩.

[٣٧٤] المرجع نفسه

[٣٧٥] المرجع نفسه. صفحة ١٠.

[٣٧٦] وزارة الصحة، "السياسة الصحية الوطنية لجميع المواطنين العراقيين في الفترة من ٢٠١٤ إلى ٢٠٢٣ (National Health Policy for all Iraqi Citizens ٢٠١٤-٢٠٢٣)"، جمهورية العراق، عام ٢٠١٦، صفحة ١٠.

[٣٧٧] منظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسف، "تحليل المشهد العام للتغذية التكميلية في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا: التقرير التجميعي (Analysis Landscape of Complementary Feeding in the Middle East and North Africa: Synthesis Report)"، عام ٢٠١٩، صفحة ٣١.

[٣٧٨] المرصد الصحي العالمي التابع لمنظّمة الصّحّة العالميّة.

[٣٧٩] الإسكوا، رصد الأمن الغذائي في المنطقة العربية، ٢٠١٩.

تسهم الأعراف والممارسات الثقافية أيضاً في ارتفاع معدلات السمنة والزيادة في الوزن لدى النساء في المنطقة؛ وفي جميع أنحاء المنطقة، تبلغ معدلات معاناة النساء من السمنة ضعف معدلات الرجال.[٣٨٠] وقد يُنسب سبب ذلك -إلى جانب النظام الغذائي- إلى افتقار النساء للنشاط البدني والتنقل في الأماكن العامة، وهذا سببه يرجع بصورة جزئية إلى المعايير الثقافية التي تقيد حركة النساء والفتيات خارج المنزل وتقلل من أهمية التربية البدنية للفتيات في المدرسة.

ممارسات الرضاعة الطبيعية وتغذية الرضع والأطفال الصغار (IYCF)

يوجد فرق ملحوظ بين بلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا فيما يتعلق بالالتزام بالتوصيات العالمية للرضاعة الطبيعية وتغذية الرضع والأطفال الصغار. وتوصي منظّمة الصّحّة العالميّة ببدء الرضاعة الطبيعية في موعد لا يتجاوز ساعة واحدة بعد الولادة وأن يتم إرضاع الأطفال رضاعة طبيعية حصرية خلال الأشهر الستة الأولى من عمرهم. ووفقاً لدراسة إقليمية عاينت تسعة بلدان في المنطقة (المملكة العربية السعودية وإيران ومصر وتركيا والكويت والإمارات العربية المتحدة وقطر ولبنان وسوريا)، فإن متوسط انتشار بدء الرضاعة الطبيعية في الوقت المناسب لم يتجاوز ٣٤ في المائة، حيث حظيت السعودية بأدنى معدل ١١,٤ في المائة[٣٨١] وحظيت إيران بأعلى معدل ٨٠,٦ في المائة.[٣٨٢] وبالمثل، فإن معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية لمدة ستة أشهر تراوحت بين ٢ في المائة في الكويت و٥٦ في المائة في إيران، بمتوسط ٢٠,٥ في المائة.[٣٨٣] وبالنسبة إلى كلا المؤشرين الرئيسيين، تم تصنيف المنطقة على أنها "معتدلة" وفقاً لتصنيف منظّمة الصّحّة العالميّة، لكنها لا تزال أقل بكثير من المتوسط العالمي، وهو معدل لانتشار الذي يبلغ نحو ٤٠ في المائة لكل من الرضاعة الطبيعية المبكرة والحصرية. وكانت العوامل الرئيسة التي وصفها المحرر بكونها ذات تأثير كبير في كل من الرضاعة الطبيعية المبكرة والحصرية هي طريقة الولادة (حيث ارتبطت الولادات القيصرية بانخفاض معدل الانتشار)، والمُساكنة (حيث زاد الانتشار بين الأمهات اللواتي أقمن مع أطفالهن)، والأمومة الأولى (حيث قل الانتشار)، وتاريخ الرضاعة الطبيعية السابقة (حيث زاد الانتشار بين الأمهات اللواتي نجحن من قبل في الرضاعة الطبيعية)، والقوانين الوطنية ذات الصلة بالإعلانات عن بدائل لبن الأم، وغير ذلك.[٣٨٤] ومن المثير للاهتمام أن الدراسات المختلفة أسفرت عن نتائج متباينة فيما يتعلق بتعليم الأمهات وتوظيفهن؛ وفي حين أن كلا الأمرين يُعد من العوامل التي تؤثر في انتشار الرضاعة الطبيعية المبكرة والحصرية، لم يتضح بعدُ ما إذا كان هذا التأثير إيجابياً أم سلبياً.[٣٨٥] كما أن النساء في المنطقة لديهن معدل مرتفع من العمليات القيصرية، بل إنه على الأرجح أعلى من المعدل المطلوب طبياً، وهذا يشكل أحد أكبر العوائق التي تحول دون كل من الرضاعة الطبيعية المبكرة والحصرية.[٣٨٦] وفي المنطقة، يُعد الأطفال المنتسبون إلى الخُمس الأفقر أكثر عرضة للرضاعة الطبيعية في عمر سنتين بمعدل ١,٦ مرة مقارنة بالأطفال المنتسبين إلى الخُمس الأغنى.[٣٨٧]

هناك تقارير إقليمية ووطنية أخرى تشير أيضاً إلى انخفاض انتشار الرضاعة الطبيعية. ففي العراق، كان معدل الرضاعة الطبيعية المبكرة خلال ساعة واحدة أقل بقليل من نسبة ٣٣ في المائة، لكن الرضاعة الطبيعية الحصرية لمدة ستة أشهر تراوحت بين ١٤,٤ في المائة في المناطق الحضرية و١٧,٢ في المائة في المناطق الريفية.[٣٨٨] ويمكن العثور الآن على بعض أدنى معدلات الرضاعة الطبيعية في المنطقة في سوريا، حيث أدى نقص المعرفة والدعم الماهر للأمهات نتيجة النزاع الأهلي إلى معدلات منخفضة تصل إلى ٣ في المائة في المناطق الأكثر تضرراً.[٣٨٩] وعلى غرار سوريا، انخفضت معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية في اليمن لمدة ستة أشهر إلى ١٠ إلى ١٢ في المائة.[٣٩٠] وفي منطقة جنوب دارفور بالسودان، تشارك الأمهات بانتظام الاعتقاد الخاطئ بأن الرضع الذكور يحتاجون إلى تناول الأطعمة الصلبة بدءاً من ثلاثة أشهر، مقابل ستة

---

[٣٨٠] منظمة Plan International، "تدابير متساوية ٢٠٣٠، تسخير قوة البيانات من أجل المساواة بين الجنسين (Equal Measures ٢٠٣٠، Data for Harnessing the Power of Gender Equality)"، عام ٢٠١٩.

[٣٨١] لمزيد من المعلومات حول مواقف الأمهات السعوديات تجاه الرضاعة الطبيعية ارجع إلى https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC٥٠٢٥٩٣٠/.

[٣٨٢] رياض آيه الزاهب، "مراجعة العوامل المرتبطة ببدء الرضاعة الطبيعية في الوقت المناسب والرضاعة الطبيعية الحصرية في الشرق الأوسط (A Review of the Factors Associated with the Timely Initiation of Breastfeeding and Exclusive Breastfeeding in the Middle East)"، منشورات سايدج، عام ٢٠١٧، صفحة ٣. للتفاصيل الخاصة بإيران، ارجع إلى IR-CANDS، عام ٢٠١٧.

[٣٨٣] المرجع نفسه، صفحة ١٢.

[٣٨٤] المرجع نفسه، صفحة ٣ والصفحات من ١٢ إلى ١٣.

[٣٨٥] Ibid. صفحة ١٢.

[٣٨٦] Ibid. صفحة ١٣.

[٣٨٧] منظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسف، "الرضاعة الطبيعية: هدية كل أم لطفلها في السنة الجديدة (Breastfeeding: A Mother's Gift, for Every Child، New Year)"، عام ٢٠١٨، صفحة ٣.

[٣٨٨] منظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسف وجهات أخرى، "تقرير نهائي حول المسوحات الأسرية المتعلقة بصحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال في العراق لعام ٢٠١٦ (Iraq-Iraq (Maternal, Neonatal & Child Health Household Survey-HHS-MNCH) ٢٠١٦ Final Report)"، بغداد، عام ٢٠١٧، صفحة ٢٨.

[٣٨٩] مكتب تنسيق الشؤون الإنسانيّة التابع للأمم المتحدة، "نظرة عامة على الاحتياجات الإنسانية لعام ٢٠١٩: الجمهورية العربية السورية (Humanitarian Needs Overview ٢٠١٩: Syrian Arab Republic)"، عام ٢٠١٩، صفحة ٧٥.

[٣٩٠] الجمهورية اليمنية (وزارة التخطيط والتعاون الدولي) ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسف، "تحليل وضع الأطفال في اليمن (Situation Analysis of Children in Yemen)"، نيويورك، عام ٢٠١٤، صفحة ٤٠.

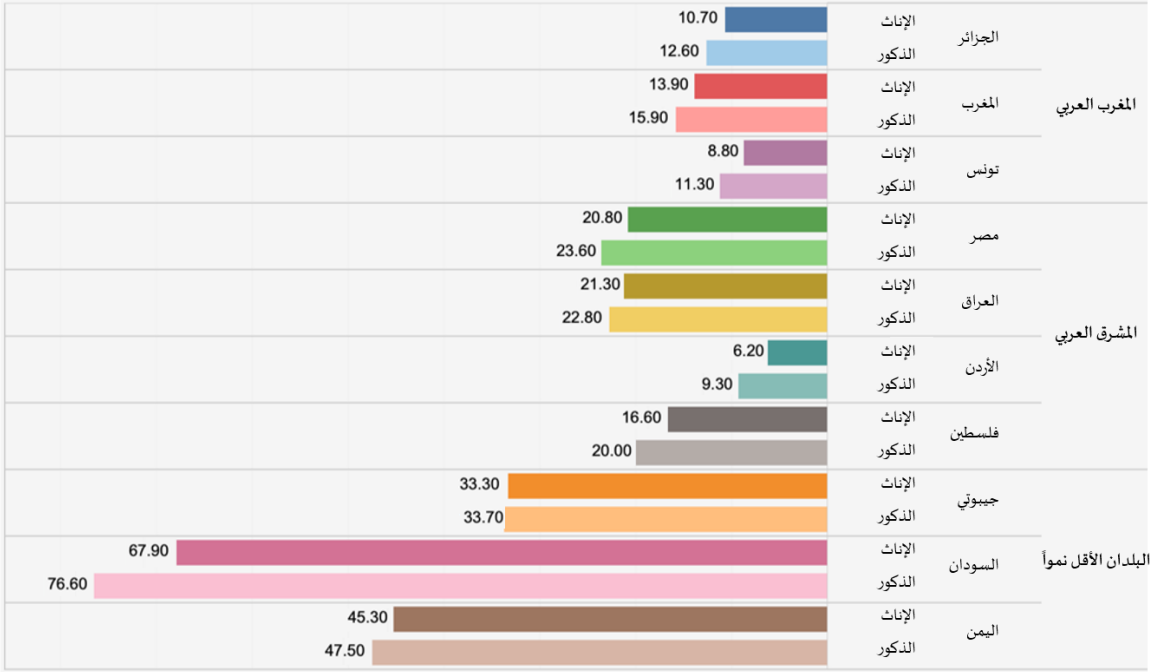
أشهر للإناث.[٣٩١] وفي الإمارات العربية المتحدة، لا تزال معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية أقل من ٤٠ في المائة، على الرغم من أن الحملات التي تقوم بها الجهات الصحية الرسمية منذ عام ٢٠١١ لتعزيز فوائد الرضاعة الطبيعية قد أدت بالفعل إلى تحسينات ملحوظة في أنحاء البلاد.[٣٩٢]

بعد مرور ستة أشهر من عمر الطفل، توصي منظّمة الصّحّة العالميّة بالتغذية التكميلية إلى جانب الرضاعة الطبيعية المستمرة حتى عامين. ومع ذلك، يؤدي عدم المعرفة بما يشكل التغذية التكميلية المناسبة غالباً إلى نتائج تغذوية رديئة لكل من النساء وأطفالهن. لكن تشير المنشورات إلى إمكانية تصحيح ذلك من خلال تحسين التعليم والمعرفة؛ ففي العراق -على سبيل المثال يرتبط مستوى تعليم الأم بشكل إيجابي بزيادة تناول الأطفال لفيتامين أ.[٣٩٣]

التغذية في المناطق المتأثرة بالنزاعات

ليس من المستغرب أن تواجه النساء والفتيات أشد الاحتياجات التغذوية إلحاحاً في البلدين الأكثر تأثراً بالنزاعات حالياً في المنطقة، وهما سوريا واليمن. فحدث في سوريا بين عامي ٢٠١٧ و٢٠١٨ أن تضاعف معدل انتشار سوء التغذية بين النساء الحوامل والمرضعات، وارتفع عدد النساء اللواتي لديهن احتياجات تغذوية حادة لم تتم تلبيتها بصورة ملحوظة مقارنة بالرجال (٣,١ ملايين مقابل ١,٦ مليون).[٣٩٤] إضافة إلى ذلك، تحصل الفتيات في اليمن غالباً على أقل قدر من الغذاء في أوقات الوجبات بسبب الأعراف الثقافية التي تحدد من يأكل أولاً داخل الأسرة، بحيث تأتي الفتيات الصغيرات في آخر الترتيب.[٣٩٥]

الشكل 1.18: تقديرات سوء التغذية في الأطفال، الطول مقابل العمر أقل من 2- SD (التقزم): النسبة المئوية للأطفال دون عمر الـ 4



المصدر: مستودع بيانات منظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسف

[٣٩١] منظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسف، "تحليل المشهد العام للتغذية التكميلية في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا: التقرير التجميعي (Landscape Analysis of Complementary Feeding in the Middle East and North Africa: Synthesis Report)"، عام ٢٠١٩، صفحة ٣٤.

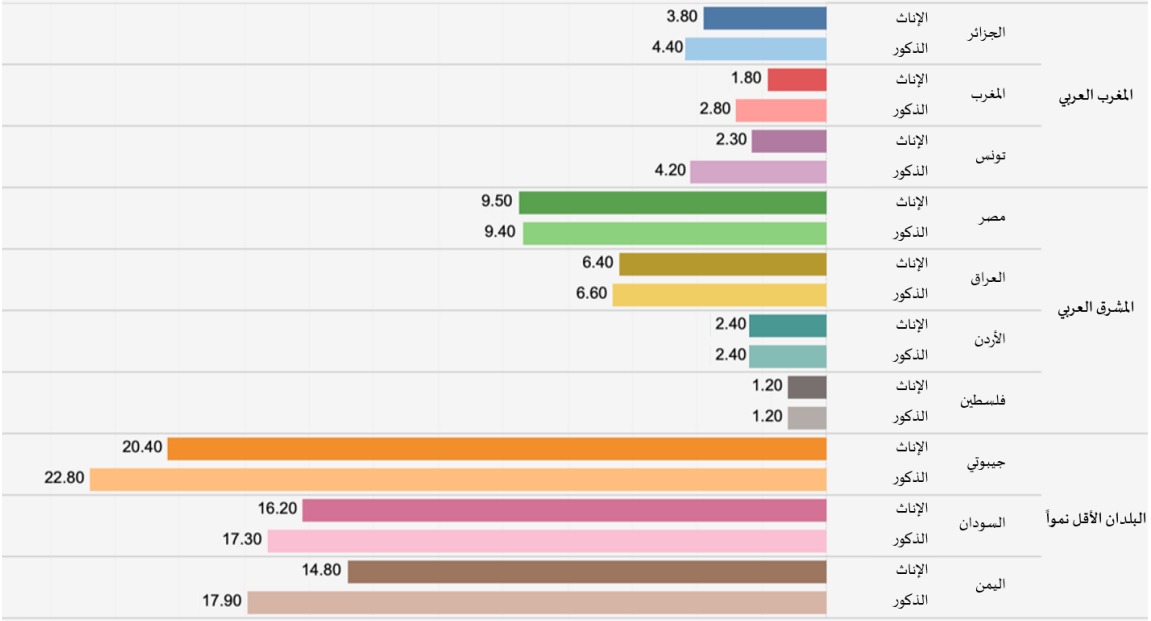
[٣٩٢] زينب طه، "اتجاهات الرضاعة الطبيعية في الإمارات العربية المتحدة، المجلة العربية للتغذية والتمارين الرياضية (Trends of Breastfeeding in the United Arab Emirates (UAE), Arab Journal of Nutrition and Exercise)"، المجلد ٢، العدد رقم ٣، عام ٢٠١٧، صفحة ١٥٤.

[٣٩٣] منظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسف وجهات أخرى، "تقرير نهائي حول المسوحات الأسرية المتعلقة بصحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال في العراق لعام ٢٠١٦ (Iraq Maternal, Neonatal & Child Health Household Survey-IHHS-MNCH) -Iraq Final Report ٢٠١٦)"، بغداد، عام ٢٠١٧، صفحة ٢٨.

[٣٩٤] مكتب تنسيق الشؤون الإنسانيّة التابع للأمم المتحدة، "نظرة عامة على الاحتياجات الإنسانية لعام ٢٠١٩: الجمهورية العربية السورية (Humanitarian Needs Overview ٢٠١٩: Syrian Arab Republic)"، عام ٢٠١٩، صفحتا ٧٥ و٣٠.

[٣٩٥] الجمهورية اليمنية (وزارة التخطيط والتعاون الدولي) ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسف، تحليل وضع الأطفال في اليمن، نيويورك، ٢٠١٤، صفحة ٤٠.

الشكل 1.19: تقديرات سوء التغذية لدى الأطفال، الوزن مقابل الطول أقل من 2- SD (الهزال): النسبة المئوية للأطفال دون عمر الـ 4



المصدر: مستودع بيانات منظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسف

برنامج المياه والصرف الصحي والنظافة العامة

الركيزة ١

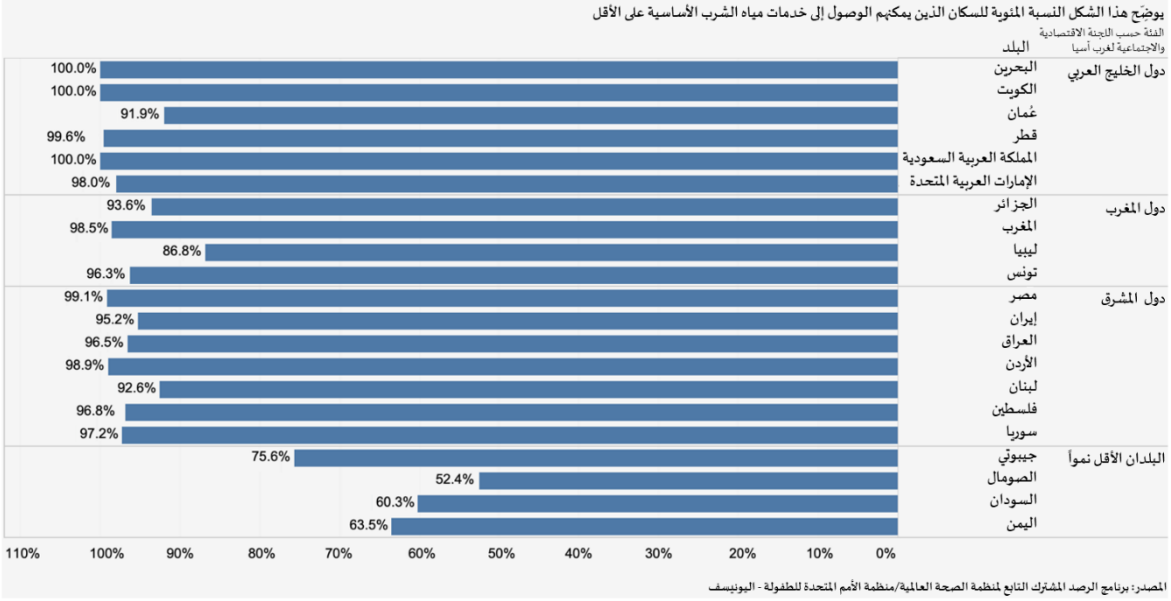
برنامج المياه والصرف الصحي والنظافة العامة

نظرة عامة

تمثل برنامج المياه والصرف الصحي والنظافة العامة أحد المجالات المواضيعية حيث يوجد قدر كبير من التفاوت بين البلدان الأكثر ثراءً والبلدان الأكثر فقراً في المنطقة، فضلاً عن نسب التفاوت داخل البلدان نفسها. على سبيل المثال، أشارت بلدان مجلس التعاون الخليجي إلى ارتفاع كبير لنسب الأفراد الذين لديهم خدمات مياه الشرب الأساسية والمدارة بأمان (ارجع إلى الشكل ١,٢٠ أدناه). وبالمقارنة، فإن البلدان الأقل نمواً تقل فيها معدلات الوصول إلى خدمات مياه الشرب الأساسية بدرجة كبيرة. وبالنسبة إلى النساء والفتيات، تدور تحديات برنامج المياه والصرف الصحي والنظافة العامة غالباً حول المشكلات المتعلقة بالوصول.

الشكل 1.20: مياه الشرب

يوضّح هذا الشكل النسبة المئوية للسكان الذين يمكنهم الوصول إلى خدمات مياه الشرب الأساسية على الأقل



المصدر: برنامج الرصد المشترك التابع لمنظمة الصحة العالمية/منظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسف

الأُسر: تقل احتمالية وصول النساء اللواتي يعشن في أسر فقيرة إلى أماكن نظيفة وآمنة لإدارة الصحة أثناء الدورة الشهرية أو غيرها من مرافق الصرف الصحي التي توفّر معايير الأمن والنظافة المناسبة للحفاظ على احتياجات النساء الفريدة ذات الصلة بالخصوصية والكرامة. إضافة إلى ذلك، قد يؤدي عدم وصول النساء والفتيات إلى خدمات المياه والصرف الصحي والنظافة في المدارس إلى فقدان فرصة الذهاب إلى المدرسة أو تركها تماماً (سترد متابعة النقاش أدناه). وينطبق الشيء نفسه على منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ومنطقة الدول العربية على الرغم من أنها - كمنطقة - تسجل درجات أعلى قليلاً من المتوسط العالمي للمساواة بين الجنسين في إطار التقدم نحو هدف التنمية المستدامة رقم ٦ (المياه والصرف الصحي للجميع).[٣٩٦] تتفاقم هذه المشكلات المتعلقة بالوصول في البلدان شديدة الفقر و/أو المتأثرة بالنزاعات في المنطقة كما في اليمن وليبيا، وبصورة أعم، توجد فجوات في الوصول إلى الخدمات بين المجتمعات الريفية والحضرية. بالإضافة إلى ذلك، نظراً إلى افتقار المواقع التي توجد فيها منازل الأسر أيضاً إلى مصادر مناسبة لمياه الشرب في الغالب، فإنَّ الأعراف الثقافية في جميع أنحاء المنطقة التي تجعل النساء والفتيات مسؤولات عن جمع المياه لأسرهن يمكن أن تتمثَّل في المشي لمسافات طويلة قد تعرّضهن لمخاطر ذات صلة بالحماية والأمن. ويزداد هذا الخطر بشكل خاص بالنسبة إلى اللاجئين والنازحين (IDP) الذين يفتقرون إلى إمكانية الوصول في أماكن إقامتهم.

مرافق الرّعاية الصّحية: تمثل المياه والصرف الصحي والنظافة في هذه الأماكن تحدياً إضافياً لصحة السكان ورفاهيتهم. فتشير البيانات الواردة من برنامج الرصد المشترك بين منظّمة الصّحّة العالميّة/منظمة الأمم

[٣٩٦] منظمة Plan International، "تدابير متساوية ٢٠٣٠، تسخير قوة البيانات من أجل المساواة بين الجنسين (Equal Measures 2030, Harnessing the Power of Data for Gender Equality)"، عام ٢٠١٩

المتحدة للطفولة - اليونيسف لإمدادات المياه والصرف الصحي والنظافة في عام ٢٠١٩ إلى أن خدمات المياه والصرف الصحي والنظافة في مرافق الرّعاية الصّحية تظل دون المستوى المطلوب في كل منطقة عالمية. وعلى مستوى العالم، تقدر منظّمة الصّحّة العالميّة أن ٨٩٦ مليون شخص يستخدمون مرافق رعاية صحية مع عدم وجود خدمة مياه و١,٥ مليار شخص يستخدمون مرافق من دون خدمة صرف صحي.[٣٩٧] إضافة إلى ذلك، تشير منظّمة الصّحّة العالميّة إلى وجود نقص شامل في البيانات القابلة للاستخدام حول منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا - لم يكن لدى أي من بلدان المنطقة بيانات يمكن استخدامها للإسهام في التقرير الخاص بعام ٢٠١٩ هذا، ما يشير إلى أنها لا ترصد بشكل منهجي مدى توافر خدمات المياه والصرف الصحي والنظافة أو جودتها وفقاً لمعايير منظّمة الصّحّة العالميّة. يؤثر نقص المياه والصرف الصحي والنظافة في المرافق الصحية بشكل خاص في النساء والفتيات، فمثلاً في اليمن، يؤثر تعطل المياه والصرف الصحي والنظافة العامة والبنية التحتية للصرف الصحي في وصول النساء بشكل كافٍ إلى خدمات الصحة الإنجابية.[٣٩٨]

مرافق التعليم: للافتقار إلى خدمات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية المناسبة والحقوق والممارسات المتعلقة بها آثار متعددة في تعليم الفتيات والنساء وحمايتهن وتنميتهن الاجتماعية والاقتصادية. فضمان وصول الفتيات إلى المياه النقية والمأمونة، والمراحيض المناسبة والخاصة والآمنة، والصابون والمواد المناسبة، مثل: الفوط الصحية للاعتناء اللازم أثناء الدورة الشهرية أمر بالغ الأهمية لكرامتهن وتمكينهن وقدرتهن على المشاركة في المجتمع والتعليم والعمل على قدم المساواة مع الفتيان والرجال. أما عدم كفاية المراحيض والوصول إلى المياه في المدارس، فهو من العوامل التي تؤدي إلى تسرب الفتيات من المدرسة.

تغير المناخ: تُعد منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا هي الأكثر ندرة في المياه في العالم؛ حيث تضم ١٥ بلداً من أكثر البلدان معاناة من ندرة المياه على مستوى العالم.[٣٩٩] وقد شهد العام الماضي ارتفاعاً في درجات الحرارة الشديدة والجفاف، ما جعل بعض المناطق غير صالحة للعيش فيها وبعض الأراضي الزراعية قاحلة.[٤٠٠] ويولد كل من تغير المناخ والجفاف المتكرر وندرة الموارد الطبيعية، إلى جانب نزاعات الأعوام الأخيرة والأزمة الإنسانية، ضغوطات شديدة على توفير خدمات المياه والصرف الصحي، ما يؤثر في السكان الأكثر هشاشة، ولا سيما النساء والفتيات. على سبيل المثال، يمكن أن تؤدي ندرة المياه إلى تضخيم عبء العمل المنزلي على النساء والفتيات على مستوى الأسرة والمجتمع. كما تمثل العمالة في قطاع الزراعة ثلث إجمالي عمالة الإناث في العالم العربي مقارنة بنسبة ١٨ في المائة من إجمالي عمالة الذكور ويكون ذلك بصورة أساسية من خلال قطاعات العمل غير الرسمية. وعلى هذا النحو، فإن ندرة المياه تعرض فرص دخل النساء واليافعات للخطر، ما سيزيد من الهشاشة الاقتصادية ويهدد في الوقت نفسه بانعدام الأمن الغذائي.

البيئات المتأثرة بالنزاعات: يعد الوصول إلى المياه والصرف الصحي من حقوق الإنسان التي يجب أن يتمتع بها جميع الأطفال، ولكن تصبح الخدمات الأساسية أهدافاً أثناء النزاع، ومن ثم يتم تعطيل البنية التحتية الحيوية اللازمة لتحقيق وصول الأطفال أو تدميرها.[٤٠١] وعلى هذا النحو، في البيئات المتأثرة بالنزاعات، يشكل عدم كفاية البنية التحتية للمياه والصرف الصحي والنظافة أخطاراً صحية كبيرة على النساء والأطفال. ففي المناطق الهشة والمتأثرة بالنزاعات، تواجه المدارس والمستشفيات صعوبات أكبر في العمل عندما يتعرض الوصول إلى المياه الصالحة للخطر نتيجة تضرر البنية التحتية؛ ومن ثم يمرض الأطفال، وينتشر المرض وسوء التغذية، ويُحرم الأطفال من تعليمهم.[٤٠٢] ويحظى ذلك بأهمية خاصة في البلدان التي تعاني ندرة المياه في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. وكشفت مراجعة عام ٢٠٢٠ لتدخلات المياه والصرف الصحي والنظافة التي يتم تقديمها إلى النساء والأطفال في البيئات المتأثرة بالنزاعات في البلدان منخفضة الدخل ومتوسطة الدخل عن وجود فجوات في الأدلة الحالية على تقديم تدخلات المياه والصرف الصحي والنظافة في البيئات المتأثرة بالنزاعات، ما يشير إلى أن احتياجات المياه والصرف الصحي والنظافة للنساء والأطفال لم تحظَ بالاهتمام الكافي أو لا تتم مراعاتها بالدرجة الكافية في الاستجابة الإنسانية في العديد من البيئات المتأثرة بالنزاعات. تتوافر معلومات قليلة حول تقديم معالجة المياه أو تدخلات الصحة البيئية، أو حول المواقع والموظفين المستخدَمين لتقديم تدخلات المياه والصرف الصحي والنظافة.[٤٠٣] ومن بين البيانات المحدودة المتاحة، أشارت دراسة عن حالات تفشي وباء الكوليرا المرتبط بالنزاع في اليمن إلى أن الاستجابات التنظيمية كانت تركز على إدارة الحالات أكثر من تركيزها على الوقاية من تفشي الوباء من خلال الاستثمار المناسب والفعال في مجال المياه والصرف الصحي والنظافة.[٤٠٤]

---

[٣٩٧] منظّمة الصّحّة العالميّة ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسف، "المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في مرافق الرّعاية الصّحية: التقرير المرجعي العالمي ٢٠١٩ (ies: Global Baseline Report WASH in health care facilit٢٠١٩)"، منظّمة الصّحّة العالميّة ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسف، جنيف، عام ٢٠١٩.

[٣٩٨] مكتب تنسيق الشؤون الإنسانيّة التابع للأمم المتحدة، "نظرة عامة على الاحتياجات الإنسانيّة (Humanitarian Needs Overview)"، اليمن عام ٢٠٢١.

[٣٩٩] البنك الدولي، "Climate change in MENA : challenges and opportunities for the world's most water stressed region: Climate change in MENA : challenges and s most water stressed region'opportunities for the world"، عام ٢٠١٨.

[٤٠٠] المرجع نفسه

[٤٠١] منظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسف، Water Under Fire, VOLUME ٣، Attacks on water and sanitation services in armed conflict and the impacts on children، منظمة الأمم المتحدة للطفولة، ٢٠٢١.

[٤٠٢] المرجع نفسه

[٤٠٣] دينا ألس، وسارة ميتيكي، وآخرون، d hygiene interventions to women and children in conflict settings: a systematic review, BMJ Delivering water, sanitation an Global Health، عام ٢٠٢٠.

[٤٠٤] فريدريك فيدرسبيل ومحمد علي، "تفشي الكوليرا في اليمن: الدروس المستفادة والطريق إلى الأمام (d and way forwardThe cholera outbreak in Yemen: lessons learne)". مجلة BMC للصحة العامة ١٨، ١٣٣٨، عام ٢٠١٨.

في البيئات الإنسانية، مثل: مخيمات اللاجئين، يمكن أن تزيد الإضاءة السيئة ومرافق المياه والصرف الصحي والنظافة غير الحساسة للجنس وكذلك التصميمات غير الملائمة من خطر التحرش الجنسي والاستغلال. وتسفر الدورات المتكررة لانهيار البنية التحتية عن معاناة تتخلل سبل عيش أجيال من المواطنين وأمنهم، ما يعيق إعادة بناء المؤسسات الضرورية لبناء السلام بالبلد. وقد يؤثر هذا في جيل الأطفال الذين يعيشون في مؤسسات عامة محطمة وسط عدم كفاية الخدمات الصحية والتعليمية وغيرها من الخدمات الحيوية؛ ما سيجعل الأطفال والمجتمعات أكثر عرضة للأمراض والكوارث والجوع وسوء التغذية.[٤٠٥]

جائحة فيروس كورونا المستجد كوفيد ١٩ والمياه والصرف الصحي والنظافة: تعد الروابط المتبادلة بين الجائحة والجنس والمياه والصرف الصحي والنظافة أحد الجوانب التي تبرز التأثير الهائل لفيروس كورونا المستجد كوفيد ١٩ في النساء والفتيات.[٤٠٦] فبسبب الأدوار المنزلية الجنسانية، تتحمل النساء والفتيات -بصفتهن مقدمات الرعاية وحاملات المياه في المجتمع- عبء التكفل باحتياجات المياه المنزلية.[٤٠٧] ولأن الجائحة قد أدت إلى تفاقم الحاجة إلى خدمات الصرف الصحي الكافية وتوزيع المياه، فقد زاد الضغط على مسؤولية النساء والفتيات. إضافة إلى ذلك، بالنسبة إلى النساء والفتيات اللواتي يعشن في بيئات تشهد أوضاعاً إنسانية في المنطقة -مثل النزاعات أو مخيمات اللاجئين أو النازحين داخلياً- حيث يكون الوصول إلى المياه الصالحة محدوداً بالفعل، تسببت الأزمة في تقييد الوصول إلى إدارة النظافة الصحية أثناء الدورة الشهرية بأمان بسبب الاضطرابات في خط التوريد ووصمة العار.[٤٠٨] ويترتب على الافتقار إلى خدمات الصرف الصحي الكافية ضغط جسدي وذهني، ويكون له تأثير سلبي في رفاهية النساء والفتيات فضلاً عن قدرتهن على الحركة.[٤٠٩]

القوانين والسياسات

المربع ١,٢: الميثاق العربي لحقوق الإنسان

مادة ٣٨: "لكل شخص الحق في مستوى معيشي كاف له ولأسرته ويوفر الرفاهية والعيش الكريم من غذاء وكساء ومسكن وخدمات وله الحق في بيئة سليمة وعلى الدول الأطراف اتخاذ التدابير اللازمة وفقا لإمكاناتها لإنفاذ هذه الحقوق"؛
مادة ٣٩، الفقرتان (٢هـ) و(٢و): "... تشمل الخطوات التي تتخذها الدول الأطراف التدابير الآتية، "توفير الغذاء الأساسي ومياه الشرب النقية لكل فرد" و"مكافحة عوامل التلوث البيئي وتوفير التصريف الصحي الملائم".

يشير الميثاق العربي لحقوق الإنسان إلى الحق في خدمات المياه والصرف الصحي بموجب المادتين ٣٨ و٣٩ (ارجع إلى مربع النص).

ودخل الميثاق حيز التنفيذ في عام ٢٠٠٨ بعد إقراره من جانب العضو السابع في جامعة الدول العربية. ويحظى حالياً بإقرار ١٣ دولة (الجزائر والبحرين والأردن والكويت ولبنان وليبيا وفلسطين وقطر والسعودية والسودان وسوريا والإمارات واليمن).[٤١٠]

وعلى المستوى الوطني، اعترفت عدة دول بالحق في المياه في دساتيرها، مثل:

- مصر (٢٠١٤)، المادة ٧٩: "لكل مواطن الحق في غذاء صحي وكافٍ، وماء نظيف".
- المغرب (٢٠١١)، الفصل ٣١: "تعمل الدولة والمؤسسات العمومية والجماعات الترابية، على تعبئة كل الوسائل المتاحة، لتيسير أسباب استفادة المواطنات والمواطنين، على قدم المساواة، من الحق في: الحصول على الماء والعيش في بيئة سليمة".
- تونس (٢٠١٤)، الفصل ٤٤: "الحق في الماء مضمون. المحافظة على الماء وترشيد استغلاله واجب على الدولة والمجتمع".

ومثلما ورد في تقرير تحليل خدمات الصرف الصحي ومياه الشرب وتقييمها على المستوى العالمي (GLAAS) في عام ٢٠١٩، وافقت دولة واحدة فقط في المنطقة -وهي إيران- رسمياً على سياسات المياه والصرف الصحي والنظافة المتعلقة بمياه الشرب والصرف الصحي والنظافة في كل من

[٤٠٥] منظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسف، "المياه تحت النار، المجلد ٣، الهجمات على خدمات المياه والصرف الصحي في النزاعات المسلحة وتأثيراتها في الأطفال، (Water Under Fire, VOLUME ٣، Attacks on s Fund'water and sanitation services in armed conflict and the impacts on children, United Nations Children)"، منظمة الأمم المتحدة للطفولة، عام ٢٠٢١.

[٤٠٦] جامعة الأمم المتحدة، "النساء والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية وفيروس كورونا المستجد كوفيد ١٩: أعباء المستضعفين والفرص السانحة لهم (WOMEN, WASH & COVID-١٩: 'BURDENS OF'THE 'OPPORTUNITIES FOR'AND THE VULNERABLE)"، عام ٢٠٢٠.

[٤٠٧] المرجع نفسه

[٤٠٨] المرجع نفسه

[٤٠٩] المرجع نفسه

[٤١٠] اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا، "التقدم نحو الأمن المائي في المنطقة العربية (Moving towards Water Security in the Arab Region)"، عام ٢٠١٩.

المناطق الريفية والحضرية في البلاد. ويأتي من خلفها كل من لبنان والمغرب، لكنهما يفتقدان وجود سياسة وطنية تجاه النظافة.

الجدول ١,٢٥:

السياسات الوطنية للمياه والصرف الصحي والنظافة في بلدان محددة من منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ومنطقة الدول العربية

البلد	وجود سياسات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية الوطنية				
	مياه الشرب		الصرف الصحي		النظافة الصحية
	المناطق الحضرية	المناطق الريفية	المناطق الحضرية	المناطق الريفية	الوطنية
إيران	●	●	●	●	●
الأردن	◔	◔	●	◔	●
لبنان	●	●	●	●	○
المغرب	●	●	●	●	○
عُمان	●	●	◔	◔	◐
فلسطين	●	●	●	●	●
السودان	◐	◐	◐	◐	◐
سوريا	◐	◐	●	●	●
تونس	●	●	●	◐	

وسيلة إيضاح	
●	الموافقة بشكل رسمي
◔	خاضع للمراجعة
◐	قيد التطوير
○	لا أحد

المصدر: استبيان قطري التحليل العالمي وتقييم الصرف الصحي ومياه الشرب التابع للجنة الأمم المتحدة المعنية بالموارد المائية لعام 2018/2019.

في حين أن إيران قد اعتمدت الخطط رسمياً، فإن المغرب وسلطنة عُمان يتصدران المنطقة من حيث وجود خطط تنفيذ مشروع المياه والصرف الصحي والنظافة معتمدة ومطبَّقة. كما أن دولتَي المغرب وعُمان قد استكملتا بالفعل تقديرات التكلفة وتقييمات الموارد البشرية المتعلقة بسياسات المياه والصرف الصحي. وقد كشفت نتائج تقرير تحليل خدمات الصرف الصحي ومياه الشرب وتقييمها على المستوى العالمي من خلال الدراسات الاستقصائية القطرية لعامَي ٢٠١٨/٢٠١٩ أن المغرب هو البلد الوحيد الذي لديه موارد مالية وبشرية كافية لتنفيذ جميع الخطط المتعلقة بالمياه والصرف الصحي والنظافة.[٤١١]

الأعراف والممارسات الاجتماعية والثقافية

يرجع السبب في الوضع الحالي إلى نقاط الضعف الموجودة بطبيعتها في خدمات المياه في أنحاء المنطقة. وتتسم هذه المشكلات الموجودة بطبيعتها بالتعقيد، لكنها تتمحور حول حقيقة أن المنطقة تُعد من أكثر المناطق ندرة في المياه في العالم. وقد تعمقت هذه المشكلات بسبب ممارسات الإدارة غير المستدامة والتحديات السياسية والبنية التحتية والحوكمة.[٤١٢] وتزيد الأعراف والممارسات الاجتماعية والثقافية من تفاقم نقاط الضعف هذه حيث تتعرض الأنظمة الوطنية لضغوطات إضافية مع تدفق اللاجئين والنازحين داخلياً، أو النزاعات على الماء، مثل: عدم قدرة الفلسطينيين على الوصول إلى مواردهم المائية.

وأثناء حالات الأزمات، تستفحل معضلة انعدام الأمن المائي القائم على النوع الاجتماعي، خاصة بالنسبة إلى النساء والفتيات اللاجئات أو النازحات اللواتي تواجهن عقبات كبيرة تحول دون الوصول إلى الخدمات الأساسية اللازمة لصحة أسرِهن ورفاهيتها. بالإضافة إلى الوصول إلى الخدمات الأساسية، تواجه الأسر التي تعولها النساء أعباءً مالية تحد من قدرتها على شراء المياه. ترتبط حقوق المياه في بعض البلدان بحقوق ملكية الأراضي، التي تقيِّد في بعض الحالات وصول النساء (سبق نقاش ذلك في قسم الأمن الغذائي أعلاه).[٤١٣]

في بعض المواقف داخل المنطقة، تتعرض صحة النساء والفتيات ونظافتهن الشخصية للخطر بسبب احتمال تعرضهن للعنف الجنسي أو التهديدات عند الوصول إلى مرافق المياه والصرف الصحي والنظافة خارج المنزل. كما أن النساء اللواتي يعشن في التجمعات السكانية العشوائية وغيرها من الأماكن الأكثر هشاشة في المنطقة معرضات لخطر التعرض

[٤١١] "التحليل العالمي وتقييم الصرف الصحي ومياه الشرب التابع للجنة الأمم المتحدة المعنية بالموارد المائية (Water Global Analysis and Assessment of Sanitation and Drinking-UN-water (GLAAS)"، استبيان قطري لعام ٢٠١٨/٢٠١٩، عام ٢٠١٩.

[٤١٢] لون ديب وآخرون، "المياه والأزمات والنزاعات في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا: كيف يستطيع موفِّرو خدمات المياه تحسين صمودهم؟ ورقة عمل (Water, Crises and Conflict in MENA: How Can Water Service Providers Improve Their Resilience? Working Paper)"، المعهد الدولي للبيئة والتنمية، عام ٢٠١٧.

[٤١٣] الأمم المتحدة، "المرأة والأمن المائي وبناء السلام في المنطقة العربية (Women, Water Security, and Peacebuilding in the Arab Region)"، موجز للسياسة، عام ٢٠١٨.

لظروف غير آمنة أثناء التماس المياه والغسيل في ساحات المياه العامة، والتي قد تكون ملوثة بمياه المجاري غير المعالجة أو المواد الكيميائية.[٤١٤] وقد أسفرت النزاعات والاضطرابات المستمرة في العراق والصومال والسودان وسوريا واليمن عن تلوث شديد لمصادر المياه، واستنزاف الموارد المالية والبشرية للحكومة، وأدى كذلك إلى انتشار الأمراض المرتبطة بالمياه.[٤١٥]

لقد استبعدت التقاليد الاجتماعية والثقافية داخل المنطقة -في معظم الحالات- النساء من المشاركة الفعالة في الإدارة المتعلقة بالمياه - في كل من الأماكن الخاصة والعامة، وخاصة في المناطق الريفية. وفي الأعوام الأخيرة، تزايد مقدار الدعم للمبادرات التي تركز على تدريب النساء والفتيات وتعليمهن فيما يتعلق بالمياه. وكمثال على ذلك، يقوم برنامج المرأة الحكيمة "Water Wise Women" في الأردن بتدريب النساء على أعمال السباكة ويزيد أيضاً من وعيهن بقضايا المياه من خلال التوعية التي تشمل الحفاظ على المياه والمهارات الفنية. وقد نجح المشروع في إزالة الحواجز ودحض التمييز بسبب الأدوار التقليدية للجنسين، بالإضافة إلى تعزيز أصوات النساء في صنع القرار. إن إدراك وصمات العار التي تحول دون مشاركة النساء في دبلوماسية المياه والتغلب عليها أمر بالغ الأهمية. كما يُعد التعاون داخل المجتمعات فيما يتعلق بموارد المياه المشتركة أمراً ضرورياً لتحقيق الإدارة الفعالة والسلمية للمياه، خاصة في أوقات النزاع أو الأزمات. ويعزز إشراك النساء في عمليات إدارة المياه قدرة المجتمع على الاستجابة للتحديات والتخفيف من حدتها. فمثلاً في اليمن، عملت النساء -بدعم من منظمة الأغذية والزراعة- على حل نزاع استمر ١٥ عاماً فيما يتعلق بالمياه بين قريتين. فمن خلال إنشاء جمعية مستخدمي المياه والحوار المستمر، وافقت القريتان في النهاية على تقاسم موارد مياه الآبار التي كانت تكفي لخدمة ٧٠٠٠ شخص.[٤١٦]

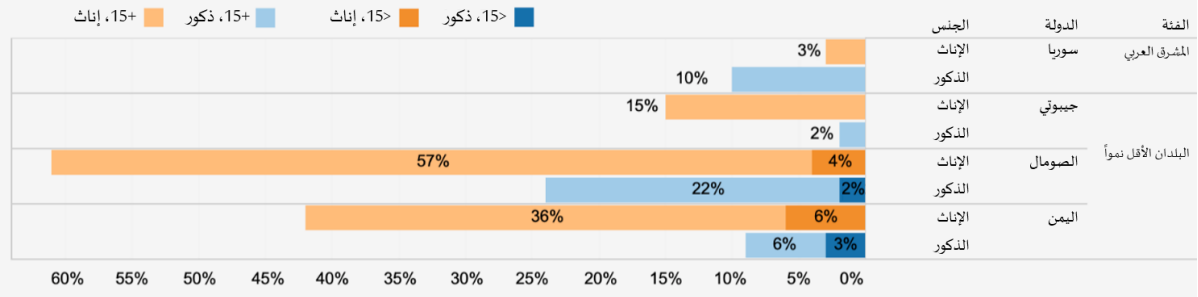
الخدمات والبرامج والمعلومات

يتطلب ضمان الوصول إلى البنية التحتية للمياه والصرف الصحي تمويلاً كافياً وإدارة مالية فعالة، فضلاً عن أدوات الحوكمة والإدارة السليمة. وقد أفادت عدة بلدان بارتفاع في مصفوفة الأولويات والمخصصات المالية للمياه والصرف الصحي والنظافة في الأعوام الأخيرة، بينما أفادت بلدان أخرى في المنطقة أن التمويل الوطني لا يزال غير كافٍ لتلبية احتياجات البرامج، ومن ثم لا يزال يمثِّل عقبة رئيسة أمام التقدم.[٤١٧]

في البلدان الأكثر تضرراً من النزاعات داخل المنطقة، تتعلق احتياجات المياه والصرف الصحي والنظافة للنساء والفتيات بصورة أساسية بالحصول على المنتجات والخدمات. في أنحاء المنطقة كافة -والبلدان المتضررة من النزاعات والبلدان الأقل نمواً بالتحديد- يمثِّل عبء جمع المياه للاستخدام المنزلي غالباً مهمة قائمة على أساس نوع الجنس وتُسند إلى النساء والفتيات. وكما يوضح الرسم البياني أدناه، تحظى الصومال واليمن بأكبر اختلال في التوازن بين الجنسين فيما يتعلق بجمع المياه.

الشكل 1.21: مسؤولية جمع المياه

يعكس هذا الشكل النسبة المئوية للسكان: حيث يكون جمع المياه هو الفاعل الأساسي بشكل أساسي.



المصدر: منظمة الصحة العالمية، "مياه الشرب التي تتم إدارتها بأمان - تقرير موضوعي حول مياه الشرب (Safely Managed Drinking Water - thematic report on drinking water)"، جنيف، سويسرا، عام 2017.

ففي اليمن، يُعد الحصول على مياه الشرب مصدر إزعاج أساسياً. حيث يتعين على ما يقرب من ٣٠ في المائة من الأُسر السير مدة ٣٠ دقيقة على الأقل لجلب المياه.[٤١٨] وتعادل هذه النسبة ما لا يقل عن مليون امرأة وفتاة يمنية يواجهن هذه المهمة يومياً، ما قد يعرضهن لانتهاكات الحماية وغيرها من المواقف الخطيرة التي تؤدي إلى إبعاد الفتيات عن المدرسة.[٤١٩]

[٤١٤] المرجع نفسه

[٤١٥] المرجع نفسه

[٤١٦] المرجع نفسه

[٤١٧] لجنة الأمم المتحدة المعنية بالموارد المائية ومنظّمة الصّحّة العالميّة، "الاستثمار في المياه والصرف الصحي: زيادة الوصول والحد من حالات عدم المساواة (Investing in Water and Sanitation: Increasing Access, Reducing Inequalities)"، نتائج التحليل العالمي وتقييم الصرف الصحي ومياه الشرب التابع للجنة الأمم المتحدة المعنية بالموارد المائية لعام ٢٠١٤ – الجوانب المهمة في منطقة شرق المتوسط، عام ٢٠١٥.

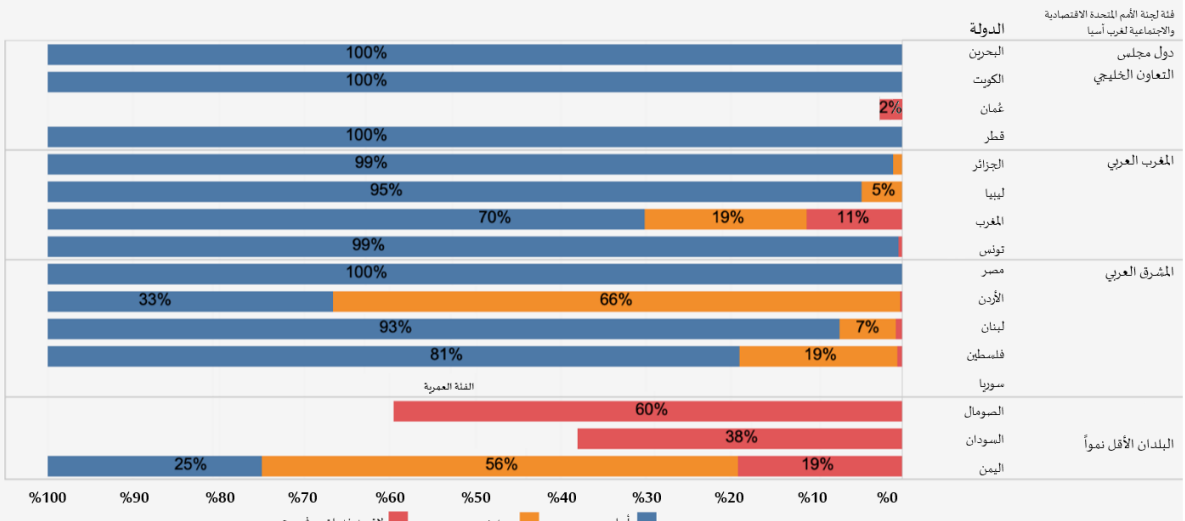
[٤١٨] الجمهورية اليمنية (وزارة التخطيط والتعاون الدولي) ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسف، تحليل وضع الأطفال في اليمن، نيويورك، ٢٠١٤، صفحة ٤٦.

[٤١٩] مكتب تنسيق الشؤون الإنسانيّة التابع للأمم المتحدة، "نظرة عامة على الاحتياجات الإنسانية لعام ٢٠١٩: اليمن (Humanitarian Needs Overview ٢٠١٩: Yemen)"، عام ٢٠١٩، صفحة ٢٤.

كما أن البلدان ذات المعدلات المرتفعة للنساء والفتيات بصفتهن الجامعات الأساسيات للمياه تُعد أيضاً من بين البلدان الأكثر تضرراً من عدم كفاية موارد المياه والصرف الصحي والنظافة في المدارس، وهذا قد يشكل عاملاً رئيسياً في حضور الفتيات إلى المدارس. ففي الصومال والسودان واليمن، لا توجد مياه نظيفة أو أماكن صرف صحي آمنة سوى في قليل من المدارس، ما يصعّب الالتحاق على الفتيات اليافعات -بشكل خاص- عند محاولة إدارة النظافة أثناء الدورة الشهرية.[٤٢٠]

الشكل 1.22: خدمات الصرف الصحي في المدارس

يوضّح هذا الشكل النسبة المئوية للمدارس في كل بلد لديه خدمات صرف صحي أساسية أو محدودة أو من دون خدمات صرف صحي.



المصدر: برنامج الرصد المشترك التابع لمنظمة الصحة العالمية/منظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسف (2018)

في الأزمات الإنسانية التي طال أمدها -كما في السودان- تتفاقم الزيادة في ضرورات المياه والصرف الصحي والنظافة غالباً بسبب تدهور الاقتصادات، والنزاع، والاضطرابات المدنية، والكوارث الطبيعية، وكثرة اللاجئين والنازحين داخلياً، وانعدام الأمن الغذائي، وتفشي الأمراض. ففي عام ٢٠١٩، كان ٢٣ في المائة فقط من سكان السودان يحصلون على خدمات النظافة الأساسية، و٧٤ في المائة لديهم إمكانية الوصول إلى خدمات مياه الشرب الأساسية، و٣٩ في المائة لديهم إمكانية الوصول إلى خدمات الصرف الصحي المحدودة. ولم يكن لدى ما يقرب من ٥٠ في المائة من المدارس مرافق صرف صحي محسنة ولا حتى إمكانية الوصول إلى المياه النظيفة. ويزداد نقص الخدمات تعقيداً بسبب الافتقار إلى مرافق الصرف الصحي التي تفصل بين الجنسين وإمكانية الوصول إلى المرافق القائمة بين الأطفال ذوي الإعاقة الجسدية.[٤٢١] ويُعد التغوط في العراء أيضاً مصدر قلق كبيراً في السودان مع العديد من المخاوف الصحية والبيئية ذات الصلة.

وفي ليبيا، يُعد ما يقرب من ٤٠ في المائة من الذين يحتاجون إلى المساعدات الإنسانية في مجال المياه والصرف الصحي والنظافة من النساء والفتيات. وفي حين أن هذه النسبة قد لا تبدو مقلقة في البداية، لكن بعد مراعاة أن أكثر من نصف الذين يحتاجون إلى المساعدة في ليبيا من اللاجئين الذين يشكل الذكور أغلبيتهم الساحقة، سنجد أن العدد الفعلي للنساء الليبيات اللواتي يحتجن إلى مساعدة المياه والصرف الصحي والنظافة أكثر بكثير من عدد الرجال الليبيين.[٤٢٢] أما اللاجئات القلائل في ليبيا، فخيارات وصولهن إلى مرافق المياه والصرف الصحي والنظافة الملائمة أقل بكثير، وأما المبادرات الحكومية للاستثمار في البنية التحتية المتعلقة بالمياه والصرف الصحي والنظافة التي تسعى إلى الحد من العمل المنزلي للنساء فلا تزال "ملموسة بشق الأنفس".[٤٢٣،٤٢٤]

في سوريا، تبقى قضايا المياه والصرف الصحي والنظافة العامة والحماية غالباً في ترابط، حيث تواجه النساء والفتيات كثيراً من المشكلات في الوصول إلى خدمات المياه والصرف الصحي والنظافة بسبب مخاوف السلامة. وتواجه الأسر المعيشية التي تعولها نساء ضمن السكان النازحين والعائدين الصعوبة الأكبر في الوصول إلى منتجات النظافة والصرف

[٤٢٠] الجمهورية اليمنية (وزارة التخطيط والتعاون الدولي) ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسف، "تحليل وضع الأطفال في اليمن (Situation Analysis of Children in Yemen)"، نيويورك، ٢٠١٤، صفحة ٤٧.

[٤٢١] WASH Cluster, WASH Sector Sudan Annual Report ٢٠١٩، عام ٢٠١٩.

[٤٢٢] مكتب تنسيق الشؤون الإنسانيّة التابع للأمم المتحدة، "نظرة عامة على الاحتياجات الإنسانية لعام ٢٠١٩: ليبيا (Humanitarian Needs Overview: Libya ٢٠١٩)"، عام ٢٠١٩، صفحة ٢٣.

[٤٢٣] المرجع نفسه عام ٥٧.

[٤٢٤] "المراجعة الوطنية الشاملة للتقدم المحرز في تنفيذ إعلان ومنهاج عمل بكين بعد ٢٥ عاماً (Comprehensive National Review of the Progress Made Towards the Implementation of the Beijing Declaration and Platform for Action+٢٥)"، التقرير الوطني الليبي، عام ٢٠١٩، صفحة ٢٧.

الصحي وتوفيرها.[٤٢٥] إضافة إلى ذلك، ونتيجة للأزمة الإنسانية المستمرة التي تسببت في إرهاق عديد من الأنظمة الوطنية، أصبح اللاجئون السوريون من بين أكثر الفئات حرماناً فيما يتعلق بالوصول إلى مياه الشرب ومرافق الصرف الصحي المحسّنة واستخدامها.[٤٢٦]

لقد ركزت الحكومة العراقية على استثمارات البنية التحتية لتقليل عبء جمع المياه على النساء واتخذت خطوات لجعلها أكثر شمولاً للنساء في إدارة المياه وأنشطة صنع القرار على المستوى الوطني.[٤٢٧] وفي المغرب، وسعت الحكومة شبكة مياه الشرب، من شبكات المياه الفردية إلى نقاط المياه الجماعية) لخدمة أكثر من ٣٣٠٠٠ امرأة، معظمهن من الريف.[٤٢٨] وأخيراً، طوّرت وزارة الصحة الأردنية برنامج محاضرات عن النظافة في عام ٢٠١٧ يستهدف الفتيات اليافعات على وجه التحديد من أجل تشجيع الوعي ومشاركة معلومات النظافة المهمة.[٤٢٩]

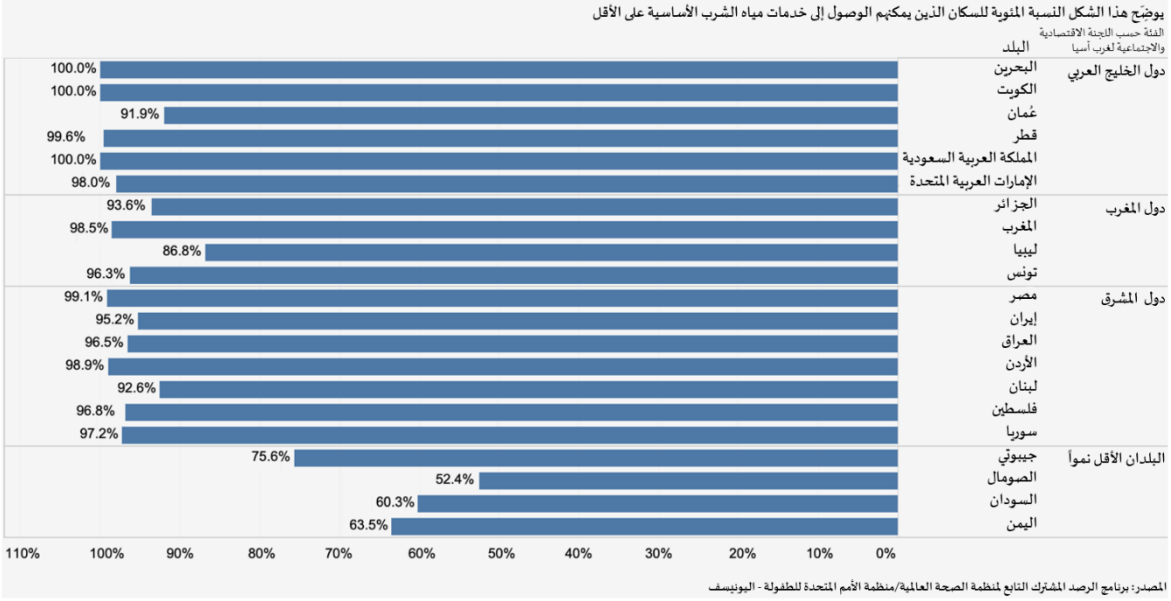
برنامج المياه والصرف الصحي والنظافة العامة

نظرة عامة

تمثل برنامج المياه والصرف الصحي والنظافة العامة أحد المجالات المواضيعية حيث يوجد قدر كبير من التفاوت بين البلدان الأكثر ثراءً والبلدان الأكثر فقراً في المنطقة، فضلاً عن نسب التفاوت داخل البلدان نفسها. على سبيل المثال، أشارت بلدان مجلس التعاون الخليجي إلى ارتفاع كبير لنسب الأفراد الذين لديهم خدمات مياه الشرب الأساسية والمدارة بأمان (ارجع إلى الشكل ١,٢٠ أدناه). وبالمقارنة، فإن البلدان الأقل نمواً تقل فيها معدلات الوصول إلى خدمات مياه الشرب الأساسية بدرجة كبيرة. وبالنسبة إلى النساء والفتيات، تدور تحديات برنامج المياه والصرف الصحي والنظافة العامة غالباً حول المشكلات المتعلقة بالوصول.

الشكل 1.20: مياه الشرب

يوضّح هذا الشكل النسبة المئوية للسكان الذين يمكنهم الوصول إلى خدمات مياه الشرب الأساسية على الأقل



المصدر: برنامج الرصد المشترك التابع لمنظمة الصحة العالمية/منظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسف

الأُسر: تقل احتمالية وصول النساء اللواتي يعشن في أسر فقيرة إلى أماكن نظيفة وآمنة لإدارة الصحة أثناء الدورة الشهرية أو غيرها من مرافق الصرف الصحي التي توفّر معايير الأمن والنظافة المناسبة للحفاظ على احتياجات النساء الفريدة ذات الصلة بالخصوصية والكرامة. إضافة إلى ذلك، قد يؤدي عدم وصول النساء والفتيات إلى خدمات المياه والصرف الصحي والنظافة في المدارس إلى فقدان فرصة الذهاب إلى المدرسة أو تركها تماماً (سترد متابعة النقاش أدناه). وينطبق الشيء نفسه على منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ومنطقة الدول العربية على الرغم من أنها - كمنطقة - تسجل درجات أعلى قليلاً من المتوسط العالمي للمساواة بين الجنسين في إطار التقدم نحو هدف التنمية المستدامة رقم

[٤٢٥] مكتب تنسيق الشؤون الإنسانيّة التابع للأمم المتحدة، "نظرة عامة على الاحتياجات الإنسانية لعام ٢٠١٩: الجمهورية العربية السورية (Humanitarian Needs Overview: Syrian Arab Republic ٢٠١٩)"، عام ٢٠١٩، صفحة ٨٣.

[٤٢٦] منظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسف، "تحقيق الأهداف المتعلقة بالأطفال بإنصاف في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (Progress for Children with Equity in the Middle East and North Africa)"، عام ٢٠١٧.

[٤٢٧] ذكرى محمد جابر علوش وآخرون، National Review of the Implementation of Beijing +٢٥ Declaration and Platform for Action، جمهورية العراق، عام ٢٠١٩، صفحتا ٢١ و٥٥.

[٤٢٨] وزارة التضامن والتنمية الاجتماعية والمساواة والأسرة، "تقرير التقدم المحرز في تنفيذ إعلان ومنهاج عمل بكين بعد ٢٥ عاماً، المملكة المغربية (National review of the implementation of the Beijing Declaration and Platform for Action, after ٢٥ years)"، عام ٢٠١٩، صفحة ٣٠.

[٤٢٩] اللجنة الوطنية الأردنية لشؤون المرأة، "المراجعة الوطنية الشاملة للتقدم المحرز في تنفيذ إعلان ومنهاج عمل بكين بعد ٢٥ عاماً (Comprehensive National Review of the Progress in the Implementation of the Beijing Declaration and Platform for Action On ٢٥ Years)"، المملكة الأردنية الهاشمية، عام ٢٠١٩، صفحة ٣٦.

٦ (المياه والصرف الصحي للجميع).[٤٣٠] تتفاقم هذه المشكلات المتعلقة بالوصول في البلدان شديدة الفقر و/أو المتأثرة بالنزاعات في المنطقة كما في اليمن وليبيا، وبصورة أعم، توجد فجوات في الوصول إلى الخدمات بين المجتمعات الريفية والحضرية. بالإضافة إلى ذلك، نظراً إلى افتقار المواقع التي توجد فيها منازل الأسر أيضاً إلى مصادر مناسبة لمياه الشرب في الغالب، فإنَّ الأعراف الثقافية في جميع أنحاء المنطقة التي تجعل النساء والفتيات مسؤولات عن جمع المياه لأسرهن يمكن أن تتمثَّل في المشي لمسافات طويلة قد تعرِّضهن لمخاطر ذات صلة بالحماية والأمن. ويزداد هذا الخطر بشكل خاص بالنسبة إلى اللاجئين والنازحين (IDP) الذين يفتقرون إلى إمكانية الوصول في أماكن إقامتهم.

مرافق الرّعاية الصّحية: تمثل المياه والصرف الصحي والنظافة في هذه الأماكن تحدياً إضافياً لصحة السكان ورفاهيتهم. فتشير البيانات الواردة من برنامج الرصد المشترك بين منظّمة الصّحّة العالميّة/منظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسف لإمدادات المياه والصرف الصحي والنظافة في عام ٢٠١٩ إلى أن خدمات المياه والصرف الصحي والنظافة في مرافق الرّعاية الصّحية تظل دون المستوى المطلوب في كل منطقة عالمية. وعلى مستوى العالم، تقدر منظّمة الصّحّة العالميّة أن ٨٩٦ مليون شخص يستخدمون مرافق رعاية صحية مع عدم وجود خدمة مياه و١,٥ مليار شخص يستخدمون مرافق من دون خدمة صرف صحي.[٤٣١] إضافة إلى ذلك، تشير منظّمة الصّحّة العالميّة إلى وجود نقص شامل في البيانات القابلة للاستخدام حول منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا - لم يكن لدى أي من بلدان المنطقة بيانات يمكن استخدامها للإسهام في التقرير الخاص بعام ٢٠١٩ هذا، ما يشير إلى أنها لا ترصد بشكل منهجي مدى توافر خدمات المياه والصرف الصحي والنظافة أو جودتها وفقاً لمعايير منظّمة الصّحّة العالميّة. يؤثر نقص المياه والصرف الصحي والنظافة في المرافق الصحية بشكل خاص في النساء والفتيات، فمثلاً في اليمن، يؤثر تعطل المياه والصرف الصحي والنظافة العامة والبنية التحتية للصرف الصحي في وصول النساء بشكل كافٍ إلى خدمات الصحة الإنجابية.[٤٣٢]

مرافق التعليم: للافتقار إلى خدمات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية المناسبة والحقوق والممارسات المتعلقة بها آثار متعددة في تعليم الفتيات والنساء وحمايتهن وتنميتهن الاجتماعية والاقتصادية. فضمان وصول الفتيات إلى المياه النقية والمأمونة، والمراحيض المناسبة والخاصة والآمنة، والصابون والمواد المناسبة، مثل: الفوط الصحية للاعتناء اللازم أثناء الدورة الشهرية أمر بالغ الأهمية لكرامتهن وتمكينهن وقدرتهن على المشاركة في المجتمع والتعليم والعمل على قدم المساواة مع الفتيان والرجال. أما عدم كفاية المراحيض والوصول إلى المياه في المدارس، فهو من العوامل التي تؤدي إلى تسرب الفتيات من المدرسة.

تغير المناخ: تُعد منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا هي الأكثر ندرة في المياه في العالم؛ حيث تضم ١٥ بلداً من أكثر البلدان معاناة من ندرة المياه على مستوى العالم.[٤٣٣] وقد شهد العام الماضي ارتفاعاً في درجات الحرارة الشديدة والجفاف، ما جعل بعض المناطق غير صالحة للعيش فيها وبعض الأراضي الزراعية قاحلة.[٤٣٤] ويولد كل من تغير المناخ والجفاف المتكرر وندرة الموارد الطبيعية، إلى جانب نزاعات الأعوام الأخيرة والأزمة الإنسانية، ضغوطات شديدة على توفير خدمات المياه والصرف الصحي، ما يؤثر في السكان الأكثر هشاشة، ولا سيما النساء والفتيات. على سبيل المثال، يمكن أن تؤدي ندرة المياه إلى تضخيم عبء العمل المنزلي على النساء والفتيات على مستوى الأسرة والمجتمع. كما تمثل العمالة في قطاع الزراعة ثلث إجمالي عمالة الإناث في العالم العربي مقارنة بنسبة ١٨ في المائة من إجمالي عمالة الذكور ويكون ذلك بصورة أساسية من خلال قطاعات العمل غير الرسمية. وعلى هذا النحو، فإن ندرة المياه تعرض فرص دخل النساء واليافعات للخطر، ما سيزيد من الهشاشة الاقتصادية ويهدد في الوقت نفسه بانعدام الأمن الغذائي.

البيئات المتأثرة بالنزاعات: يعد الوصول إلى المياه والصرف الصحي من حقوق الإنسان التي يجب أن يتمتع بها جميع الأطفال، ولكن تصبح الخدمات الأساسية أهدافاً أثناء النزاع، ومن ثم يتم تعطيل البنية التحتية الحيوية اللازمة لتحقيق وصول الأطفال أو تدميرها.[٤٣٥] وعلى هذا النحو، في البيئات المتأثرة بالنزاعات، يشكل عدم كفاية البنية التحتية للمياه والصرف الصحي والنظافة أخطاراً صحية كبيرة على النساء والأطفال. ففي المناطق الهشة والمتأثرة بالنزاعات، تواجه المدارس والمستشفيات صعوبات أكبر في العمل عندما يتعرض الوصول إلى المياه الصالحة للخطر نتيجة تضرر البنية التحتية؛ ومن ثم يمرض الأطفال، وينتشر المرض وسوء التغذية، ويُحرم الأطفال من تعليمهم.[٤٣٦] ويحظى ذلك بأهمية خاصة في البلدان التي تعاني ندرة المياه في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. وكشفت مراجعة عام ٢٠٢٠ لتدخلات المياه والصرف الصحي والنظافة التي يتم تقديمها إلى النساء والأطفال في البيئات المتأثرة بالنزاعات في البلدان منخفضة الدخل ومتوسطة الدخل عن وجود فجوات في الأدلة الحالية على تقديم تدخلات المياه والصرف الصحي والنظافة في البيئات

[٤٣٠] منظمة Plan International، "تدابير متساوية ٢٠٣٠، تسخير قوة البيانات من أجل المساواة بين الجنسين (Equal Measures 2030, Harnessing the Power of Data for Gender Equality)"، عام ٢٠١٩

[٤٣١] منظّمة الصّحّة العالميّة ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسف، "المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في مرافق الرّعاية الصّحية: التقرير المرجعي العالمي ٢٠١٩ (WASH in health care facilities: Global Baseline Report ٢٠١٩)"، منظّمة الصّحّة العالميّة ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسف، جنيف، عام ٢٠١٩.

[٤٣٢] مكتب تنسيق الشؤون الإنسانيّة التابع للأمم المتحدة، "نظرة عامة على الاحتياجات الإنسانيّة (Humanitarian Needs Overview)"، اليمن عام ٢٠٢١.

[٤٣٣] البنك الدولي، "Climate change in MENA : challenges and opportuniti :es for the world's most water stressed regionClimate change in MENA : challenges and s most water stressed region'opportunities for the world"، عام ٢٠١٨.

[٤٣٤] المرجع نفسه

[٤٣٥] منظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسف، Water Under Fire, VOLUME ٣، Attacks on water and sanitation services in armed conflict and the impacts on children، منظمة الأمم المتحدة للطفولة، ٢٠٢١.

[٤٣٦] المرجع نفسه

المتأثرة بالنزاعات، ما يشير إلى أن احتياجات المياه والصرف الصحي والنظافة للنساء والأطفال لم تحظَ بالاهتمام الكافي أو لا تتم مراعاتها بالدرجة الكافية في الاستجابة الإنسانية في العديد من البيئات المتأثرة بالنزاعات. تتوافر معلومات قليلة حول تقديم معالجة المياه أو تدخلات الصحة البيئية، أو حول المواقع والموظفين المستخدَمين لتقديم تدخلات المياه والصرف الصحي والنظافة.[٤٣٧] ومن بين البيانات المحدودة المتاحة، أشارت دراسة عن حالات تفشي وباء الكوليرا المرتبط بالنزاع في اليمن إلى أن الاستجابات التنظيمية كانت تركز على إدارة الحالات أكثر من تركيزها على الوقاية من تفشي الوباء من خلال الاستثمار المناسب والفعال في مجال المياه والصرف الصحي والنظافة.[٤٣٨] في البيئات الإنسانية، مثل: مخيمات اللاجئين، يمكن أن تزيد الإضاءة السيئة ومرافق المياه والصرف الصحي والنظافة غير الحساسة للجنس وكذلك التصميمات غير الملائمة من خطر التحرش الجنسي والاستغلال. وتسفر الدورات المتكررة لانهيار البنية التحتية عن معاناة تتخلل سبل عيش أجيال من المواطنين وأمنهم، ما يعيق إعادة بناء المؤسسات الضرورية لبناء السلام بالبلد. وقد يؤثر هذا في جيل الأطفال الذين يعيشون في مؤسسات عامة محطمة وسط عدم كفاية الخدمات الصحية والتعليمية وغيرها من الخدمات الحيوية؛ ما سيجعل الأطفال والمجتمعات أكثر عرضة للأمراض والكوارث والجوع وسوء التغذية.[٤٣٩]

جائحة فيروس كورونا المستجد كوفيد ١٩ والمياه والصرف الصحي والنظافة: تعد الروابط المتبادلة بين الجائحة والجنس والمياه والصرف الصحي والنظافة أحد الجوانب التي تبرز التأثير الهائل لفيروس كورونا المستجد كوفيد ١٩ في النساء والفتيات.[٤٤٠] فبسبب الأدوار المنزلية الجنسانية، تتحمل النساء والفتيات -بصفتهن مقدمات الرعاية وحاملات المياه في المجتمع- عبء التكفل باحتياجات المياه المنزلية.[٤٤١] ولأن الجائحة قد أدت إلى تفاقم الحاجة إلى خدمات الصرف الصحي الكافية وتوزيع المياه، فقد زاد الضغط على مسؤولية النساء والفتيات. إضافة إلى ذلك، بالنسبة إلى النساء والفتيات اللواتي يعشن في بيئات تشهد أوضاعاً إنسانية في المنطقة -مثل النزاعات أو مخيمات اللاجئين أو النازحين داخلياً- حيث يكون الوصول إلى المياه الصالحة محدوداً بالفعل، تسببت الأزمة في تقييد الوصول إلى إدارة النظافة الصحية أثناء الدورة الشهرية بأمان بسبب الاضطرابات في خط التوريد ووصمة العار.[٤٤٢] ويترتب على الافتقار إلى خدمات الصرف الصحي الكافية ضغط جسدي وذهني، ويكون له تأثير سلبي في رفاهية النساء والفتيات فضلاً عن قدرتهن على الحركة.[٤٤٣]

القوانين والسياسات

المربع ١,٢: الميثاق العربي لحقوق الإنسان

مادة ٣٨: "لكل شخص الحق في مستوى معيشي كاف له ولأسرته ويوفر الرفاهية والعيش الكريم من غذاء وكساء ومسكن وخدمات وله الحق في بيئة سليمة وعلى الدول الأطراف اتخاذ التدابير اللازمة وفقا لإمكاناتها لإنفاذ هذه الحقوق"؛
مادة ٣٩، الفقرتان (٢هـ) و(٢و): "... تشمل الخطوات التي تتخذها الدول الأطراف التدابير الآتية، "توفير الغذاء الأساسي ومياه الشرب النقية لكل فرد" و"مكافحة عوامل التلوث البيئي وتوفير التصريف الصحي الملائم".

يشير الميثاق العربي لحقوق الإنسان إلى الحق في خدمات المياه والصرف الصحي بموجب المادتين ٣٨ و٣٩ (ارجع إلى مربع النص).

ودخل الميثاق حيز التنفيذ في عام ٢٠٠٨ بعد إقراره من جانب العضو السابع في جامعة الدول العربية. ويحظى حالياً بإقرار ١٣ دولة (الجزائر والبحرين والأردن والكويت ولبنان وليبيا وفلسطين وقطر والسعودية والسودان وسوريا والإمارات واليمن).[٤٤٤]

[٤٣٧] دينا ألس، وسارة ميتيكي، وآخرون، Delivering water, sanitation and hygiene interventions to women and children in conflict settings: a systematic review, BMJ Global Health، عام ٢٠٢٠.

[٤٣٨] فريدريك فيدرسبيل ومحمد علي، "تفشي الكوليرا في اليمن: الدروس المستفادة والطريق إلى الأمام (The cholera outbreak in Yemen: lessons learned and way forward)". مجلة BMC للصحة العامة ١٨، ١٣٣٨، عام ٢٠١٨.

[٤٣٩] منظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسف، "المياه تحت النار، المجلد ٣، الهجمات على خدمات المياه والصرف الصحي في النزاعات المسلحة وتأثيراتها في الأطفال، Water Under Fire, VOLUME ٣، Attacks on water and sanitation services in armed conflict and the impacts o(s Fund'n children, United Nations Children)"، منظمة الأمم المتحدة للطفولة، عام ٢٠٢١.

[٤٤٠] جامعة الأمم المتحدة، "النساء والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية وفيروس كورونا المستجد كوفيد ١٩: أعباء المستضعفين والفرص السانحة لهم (WOMEN, WASH & COVID-١٩: THE BURDEN'S OF 'THE VULNERABLE 'OPPORTUNITIES FOR'AND THE)"، عام ٢٠٢٠.

[٤٤١] المرجع نفسه

[٤٤٢] المرجع نفسه

[٤٤٣] المرجع نفسه

[٤٤٤] اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا، "التقدم نحو الأمن المائي في المنطقة العربية (Moving towards Water Security in the Arab Region)"، عام ٢٠١٩.

وعلى المستوى الوطني، اعترفت عدة دول بالحق في المياه في دساتيرها، مثل:

- مصر (٢٠١٤)، المادة ٧٩: "لكل مواطن الحق في غذاء صحي وكافٍ، وماء نظيف".
- المغرب (٢٠١١)، الفصل ٣١: "تعمل الدولة والمؤسسات العمومية والجماعات الترابية، على تعبئة كل الوسائل المتاحة، لتيسير أسباب استفادة المواطنات والمواطنين، على قدم المساواة، من الحق في: الحصول على الماء والعيش في بيئة سليمة".
- تونس (٢٠١٤)، الفصل ٤٤: "الحق في الماء مضمون. المحافظة على الماء وترشيد استغلاله واجب على الدولة والمجتمع".

ومثلما ورد في تقرير تحليل خدمات الصرف الصحي ومياه الشرب وتقييمها على المستوى العالمي (GLAAS) في عام ٢٠١٩، وافقت دولة واحدة فقط في المنطقة -وهي إيران- رسمياً على سياسات المياه والصرف الصحي والنظافة المتعلقة بمياه الشرب والصرف الصحي والنظافة في كل من المناطق الريفية والحضرية في البلاد. ويأتي من خلفها كل من لبنان والمغرب، لكنهما يفتقدان وجود سياسة وطنية تجاه النظافة.

الجدول ١,٢٥:

السياسات الوطنية للمياه والصرف الصحي والنظافة في بلدان محددة من منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ومنطقة الدول العربية

البلد	وجود سياسات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية الوطنية				
	مياه الشرب		الصرف الصحي		النظافة الصحية
	المناطق الحضرية	المناطق الريفية	المناطق الحضرية	المناطق الريفية	الوطنية
إيران	●	●	●	●	●
الأردن	◔	◔	●	◔	●
لبنان	●	●	●	●	○
المغرب	●	●	●	●	○
عُمان	●	●	◔	◔	◐
فلسطين	●	●	●	●	●
السودان	◐	◐	◐	◐	◐
سوريا	◐	◐	●	●	●
تونس	●	●	●	◐	

وسيلة إيضاح	
●	الموافقة بشكل رسمي
◔	خاضع للمراجعة
◐	قيد التطوير
○	لا أحد

المصدر: استبيان قطري التحليل العالمي وتقييم الصرف الصحي ومياه الشرب التابع للجنة الأمم المتحدة المعنية بالموارد المائية لعام 2018/2019.

في حين أن إيران قد اعتمدت الخطط رسمياً، فإن المغرب وسلطنة عُمان يتصدران المنطقة من حيث وجود خطط تنفيذ مشروع المياه والصرف الصحي والنظافة معتمدة ومطبَّقة. كما أن دولتَي المغرب وعُمان قد استكملتا بالفعل تقديرات التكلفة وتقييمات الموارد البشرية المتعلقة بسياسات المياه والصرف الصحي. وقد كشفت نتائج تقرير تحليل خدمات الصرف الصحي ومياه الشرب وتقييمها على المستوى العالمي من خلال الدراسات الاستقصائية القطرية لعامَي ٢٠١٨/٢٠١٩ أن المغرب هو البلد الوحيد الذي لديه موارد مالية وبشرية كافية لتنفيذ جميع الخطط المتعلقة بالمياه والصرف الصحي والنظافة.[٤٤٥]

الأعراف والممارسات الاجتماعية والثقافية

يرجع السبب في الوضع الحالي إلى نقاط الضعف الموجودة بطبيعتها في خدمات المياه في أنحاء المنطقة. وتتسم هذه المشكلات الموجودة بطبيعتها بالتعقيد، لكنها تتمحور حول حقيقة أن المنطقة تُعد من أكثر المناطق ندرة في المياه في العالم. وقد تعمقت هذه المشكلات بسبب ممارسات الإدارة غير المستدامة والتحديات السياسية والبنية التحتية والحوكمة.[٤٤٦] وتزيد الأعراف والممارسات الاجتماعية والثقافية من تفاقم نقاط الضعف هذه حيث تتعرض الأنظمة الوطنية لضغوطات إضافية مع تدفق اللاجئين والنازحين داخلياً، أو النزاعات على الماء، مثل: عدم قدرة الفلسطينيين على الوصول إلى مواردهم المائية.

[٤٤٥] "التحليل العالمي وتقييم الصرف الصحي ومياه الشرب التابع للجنة الأمم المتحدة المعنية بالموارد المائية (UN-Water Global Analysis and Assessment of Sanitation and Drinking-water (GLAAS)"، استبيان قطري لعام ٢٠١٨/٢٠١٩، عام ٢٠١٩.

[٤٤٦] لون ديب وآخرون، "المياه والأزمات والنزاعات في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا: كيف يستطيع موفِّرو خدمات المياه تحسين صمودهم؟ ورقة عمل (Water, Crises and Conflict in MENA: How Can Water Service Providers Improve Their Resilience? Working Paper)"، المعهد الدولي للبيئة والتنمية، عام ٢٠١٧.

وأثناء حالات الأزمات، تستفحل معضلة انعدام الأمن المائي القائم على النوع الاجتماعي، خاصة بالنسبة إلى النساء والفتيات اللاجئات أو النازحات اللواتي تواجهن عقبات كبيرة تحول دون الوصول إلى الخدمات الأساسية اللازمة لصحة أسرهن ورفاهيتها. بالإضافة إلى الوصول إلى الخدمات الأساسية، تواجه الأسر التي تعولها النساء أعباءً مالية تحد من قدرتها على شراء المياه. ترتبط حقوق المياه في بعض البلدان بحقوق ملكية الأراضي، التي تقيّد في بعض الحالات وصول النساء (سبق نقاش ذلك في قسم الأمن الغذائي أعلاه).[٤٤٧]

في بعض المواقف داخل المنطقة، تتعرض صحة النساء والفتيات ونظافتهن الشخصية للخطر بسبب احتمال تعرضهن للعنف الجنسي أو التهديدات عند الوصول إلى مرافق المياه والصرف الصحي والنظافة خارج المنزل. كما أن النساء اللواتي يعشن في التجمعات السكانية العشوائية وغيرها من الأماكن الأكثر هشاشة في المنطقة معرضات لخطر التعرض لظروف غير آمنة أثناء التماس المياه والغسيل في ساحات المياه العامة، والتي قد تكون ملوثة بمياه المجاري غير المعالجة أو المواد الكيميائية.[٤٤٨] وقد أسفرت النزاعات والاضطرابات المستمرة في العراق والصومال والسودان وسوريا واليمن عن تلوث شديد لمصادر المياه، واستنزاف الموارد المالية والبشرية للحكومة، وأدى كذلك إلى انتشار الأمراض المرتبطة بالمياه.[٤٤٩]

لقد استبعدت التقاليد الاجتماعية والثقافية داخل المنطقة -في معظم الحالات- النساء من المشاركة الفعالة في الإدارة المتعلقة بالمياه - في كل من الأماكن الخاصة والعامة، وخاصة في المناطق الريفية. وفي الأعوام الأخيرة، تزايد مقدار الدعم للمبادرات التي تركز على تدريب النساء والفتيات وتعليمهن فيما يتعلق بالمياه. وكمثال على ذلك، يقوم برنامج المرأة الحكيمة "Water Wise Women" في الأردن بتدريب النساء على أعمال السباكة ويزيد أيضاً من وعيهن بقضايا المياه من خلال التوعية التي تشمل الحفاظ على المياه والمهارات الفنية. وقد نجح المشروع في إزالة الحواجز ودحض التمييز بسبب الأدوار التقليدية للجنسين، بالإضافة إلى تعزيز أصوات النساء في صنع القرار. إن إدراك وصمات العار التي تحول دون مشاركة النساء في دبلوماسية المياه والتغلب عليها أمر بالغ الأهمية. كما يُعد التعاون داخل المجتمعات فيما يتعلق بموارد المياه المشتركة أمراً ضرورياً لتحقيق الإدارة الفعالة والسلمية للمياه، خاصة في أوقات النزاع أو الأزمات. ويعزز إشراك النساء في عمليات إدارة المياه قدرة المجتمع على الاستجابة للتحديات والتخفيف من حدتها. فمثلاً في اليمن، عملت النساء -بدعم من منظمة الأغذية والزراعة- على حل نزاع استمر ١٥ عاماً فيما يتعلق بالمياه بين قريتين. فمن خلال إنشاء جمعية مستخدمي المياه والحوار المستمر، وافقت القريتان في النهاية على تقاسم موارد مياه الآبار التي كانت تكفي لخدمة ٧٠٠٠ شخص.[٤٥٠]

الخدمات والبرامج والمعلومات

يتطلب ضمان الوصول إلى البنية التحتية للمياه والصرف الصحي تمويلاً كافياً وإدارة مالية فعالة، فضلاً عن أدوات الحوكمة والإدارة السليمة. وقد أفادت عدة بلدان بارتفاع في مصفوفة الأولويات والمخصصات المالية للمياه والصرف الصحي والنظافة في الأعوام الأخيرة، بينما أفادت بلدان أخرى في المنطقة أن التمويل الوطني لا يزال غير كافٍ لتلبية احتياجات البرامج، ومن ثم لا يزال يمثِّل عقبة رئيسة أمام التقدم.[٤٥١]

في البلدان الأكثر تضرراً من النزاعات داخل المنطقة، تتعلق احتياجات المياه والصرف الصحي والنظافة للنساء والفتيات بصورة أساسية بالحصول على المنتجات والخدمات. في أنحاء المنطقة كافة -والبلدان المتضررة من النزاعات والبلدان الأقل نمواً بالتحديد- يمثِّل عبء جمع المياه للاستخدام المنزلي غالباً مهمة قائمة على أساس نوع الجنس وتُسند إلى النساء والفتيات. وكما يوضح الرسم البياني أدناه، تحظى الصومال واليمن بأكبر اختلال في التوازن بين الجنسين فيما يتعلق بجمع المياه.

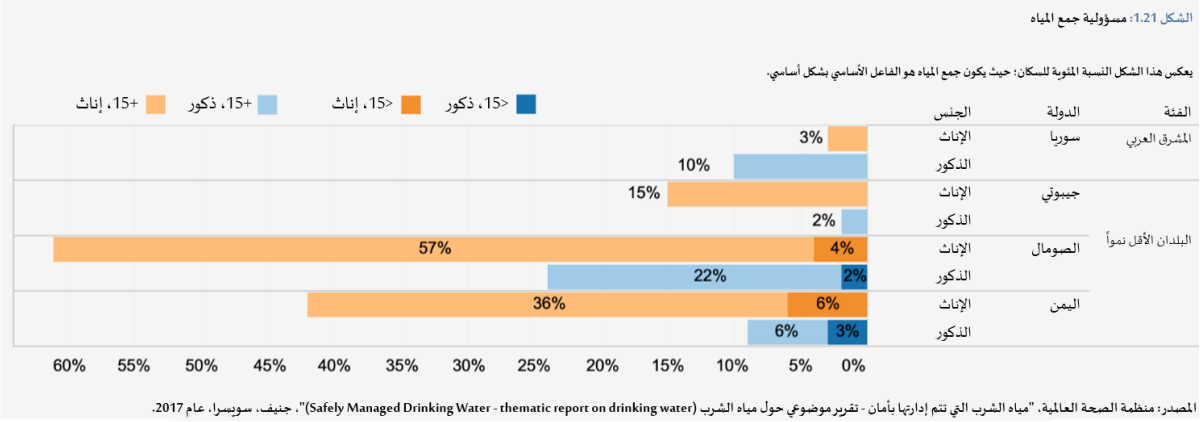
[٤٤٧] الأمم المتحدة، "المرأة والأمن المائي وبناء السلام في المنطقة العربية (Women, Water Security, and Peacebuilding in the Arab Region)"، موجز للسياسة، عام ٢٠١٨.

[٤٤٨] المرجع نفسه

[٤٤٩] المرجع نفسه

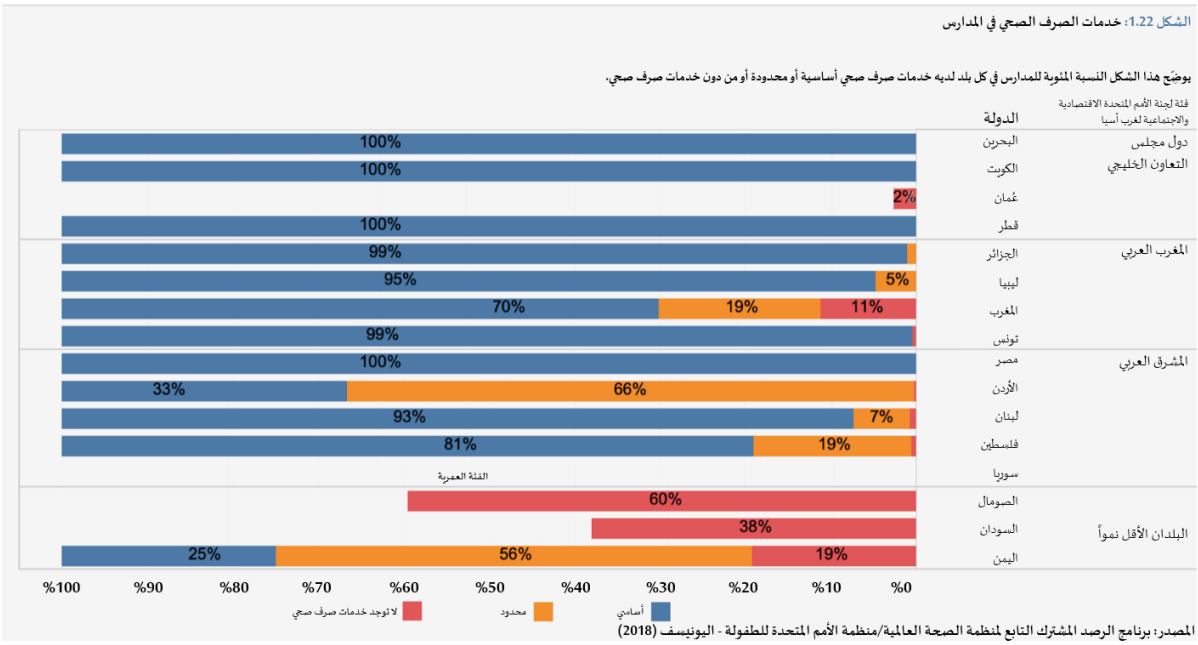
[٤٥٠] المرجع نفسه

[٤٥١] لجنة الأمم المتحدة المعنية بالموارد المائية ومنظّمة الصحّة العالميّة، "الاستثمار في المياه والصرف الصحي: زيادة الوصول والحد من حالات عدم المساواة (Investing in Water and Sanitation: Increasing Access, Reducing Inequalities)"، نتائج التحليل العالمي وتقييم الصرف الصحي ومياه الشرب التابع للجنة الأمم المتحدة المعنية بالموارد المائية لعام ٢٠١٤ – الجوانب المهمة في منطقة شرق المتوسط، عام ٢٠١٥.



ففي اليمن، يُعد الحصول على مياه الشرب مصدر إزعاج أساسياً. حيث يتعين على ما يقرب من ٣٠ في المائة من الأُسر السير مدة ٣٠ دقيقة على الأقل لجلب المياه.[٤٥٢] وتعادل هذه النسبة ما لا يقل عن مليون امرأة وفتاة يمنية يواجهن هذه المهمة يومياً، ما قد يعرضهن لانتهاكات الحماية وغيرها من المواقف الخطيرة التي تؤدي إلى إبعاد الفتيات عن المدرسة.[٤٥٣]

كما أن البلدان ذات المعدلات المرتفعة للنساء والفتيات بصفتهن الجامعات الأساسيات للمياه تُعد أيضاً من بين البلدان الأكثر تضرراً من عدم كفاية موارد المياه والصرف الصحي والنظافة في المدارس، وهذا قد يشكل عاملاً رئيسياً في حضور الفتيات إلى المدارس. ففي الصومال والسودان واليمن، لا توجد مياه نظيفة أو أماكن صرف صحي آمنة سوى في قليل من المدارس، ما يصعّب الالتحاق على الفتيات اليافعات -بشكل خاص- عند محاولة إدارة النظافة أثناء الدورة الشهرية.[٤٥٤]



في الأزمات الإنسانية التي طال أمدها -كما في السودان- تتفاقم الزيادة في ضرورات المياه والصرف الصحي والنظافة غالباً بسبب تدهور الاقتصادات، والنزاع، والاضطرابات المدنية، والكوارث الطبيعية، وكثرة اللاجئين والنازحين داخلياً، وانعدام الأمن الغذائي، وتفشي الأمراض. ففي عام ٢٠١٩، كان ٢٣ في المائة فقط من سكان السودان يحصلون على خدمات النظافة الأساسية، و٧٤ في المائة لديهم إمكانية الوصول إلى خدمات مياه الشرب الأساسية، و٣٩ في المائة لديهم إمكانية الوصول إلى خدمات الصرف الصحي المحدودة. ولم يكن لدى ما يقرب من ٥٠ في

[٤٥٢] الجمهورية اليمنية (وزارة التخطيط والتعاون الدولي) ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسف، تحليل وضع الأطفال في اليمن، نيويورك، ٢٠١٤، صفحة ٤٦.

[٤٥٣] مكتب تنسيق الشؤون الإنسانيّة التابع للأمم المتحدة، "نظرة عامة على الاحتياجات الإنسانية لعام ٢٠١٩: اليمن (Humanitarian Needs Overview ٢٠١٩: Yemen)"، عام ٢٠١٩، صفحة ٢٤.

[٤٥٤] الجمهورية اليمنية (وزارة التخطيط والتعاون الدولي) ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسف، "تحليل وضع الأطفال في اليمن (Situation Analysis of Children in Yemen)"، نيويورك، ٢٠١٤، صفحة ٤٧.

المائة من المدارس مرافق صرف صحي محسنة ولا حتى إمكانية الوصول إلى المياه النظيفة. ويزداد نقص الخدمات تعقيداً بسبب الافتقار إلى مرافق الصرف الصحي التي تفصل بين الجنسين وإمكانية الوصول إلى المرافق القائمة بين الأطفال ذوي الإعاقة الجسدية.[٤٥٥] ويُعد التغوط في العراء أيضاً مصدر قلق كبيراً في السودان مع العديد من المخاوف الصحية والبيئية ذات الصلة.

وفي ليبيا، يُعد ما يقرب من ٤٠ في المائة من الذين يحتاجون إلى المساعدات الإنسانية في مجال المياه والصرف الصحي والنظافة من النساء والفتيات. وفي حين أن هذه النسبة قد لا تبدو مقلقة في البداية، لكن بعد مراعاة أن أكثر من نصف الذين يحتاجون إلى المساعدة في ليبيا من اللاجئين الذين يشكل الذكور أغلبيتهم الساحقة، سنجد أن العدد الفعلي للنساء الليبيات اللواتي يحتجن إلى مساعدة المياه والصرف الصحي والنظافة أكثر بكثير من عدد الرجال الليبيين.[٤٥٦] أما اللاجئات القلائل في ليبيا، فخيارات وصولهن إلى مرافق المياه والصرف الصحي والنظافة الملائمة أقل بكثير، وأما المبادرات الحكومية للاستثمار في البنية التحتية المتعلقة بالمياه والصرف الصحي والنظافة التي تسعى إلى الحد من العمل المنزلي للنساء فلا تزال "ملموسة بشق الأنفس".[٤٥٧،٤٥٨]

في سوريا، تبقى قضايا المياه والصرف الصحي والنظافة العامة والحماية غالباً في ترابط، حيث تواجه النساء والفتيات كثيراً من المشكلات في الوصول إلى خدمات المياه والصرف الصحي والنظافة بسبب مخاوف السلامة. وتواجه الأسر المعيشية التي تعولها نساء ضمن السكان النازحين والعائدين الصعوبة الأكبر في الوصول إلى منتجات النظافة والصرف الصحي وتوفيرها.[٤٥٩] إضافة إلى ذلك، ونتيجة للأزمة الإنسانية المستمرة التي تسببت في إرهاق عديد من الأنظمة الوطنية، أصبح اللاجئون السوريون من بين أكثر الفئات حرماناً فيما يتعلق بالوصول إلى مياه الشرب ومرافق الصرف الصحي المحسّنة واستخدامها.[٤٦٠]

لقد ركزت الحكومة العراقية على استثمارات البنية التحتية لتقليل عبء جمع المياه على النساء واتخذت خطوات لجعلها أكثر شمولاً للنساء في إدارة المياه وأنشطة صنع القرار على المستوى الوطني.[٤٦١] وفي المغرب، وسعت الحكومة شبكة مياه الشرب، من شبكات المياه الفردية إلى نقاط المياه الجماعية) لخدمة أكثر من ٣٣٠٠٠ امرأة، معظمهن من الريف.[٤٦٢] وأخيراً، طوّرت وزارة الصحة الأردنية برنامج محاضرات عن النظافة في عام ٢٠١٧ يستهدف الفتيات اليافعات على وجه التحديد من أجل تشجيع الوعي ومشاركة معلومات النظافة المهمة.[٤٦٣]

[٤٥٥] WASH Cluster, WASH Sector Sudan Annual Report ٢٠١٩، عام ٢٠١٩.

[٤٥٦] مكتب تنسيق الشؤون الإنسانيّة التابع للأمم المتحدة، "نظرة عامة على الاحتياجات الإنسانية لعام ٢٠١٩: ليبيا (Humanitarian Needs Overview ٢٠١٩: Libya)"، عام ٢٠١٩، صفحة ٢٣.

[٤٥٧] المرجع نفسه عام ٥٧.

[٤٥٨] "المراجعة الوطنية الشاملة للتقدم المحرز في تنفيذ إعلان ومنهاج عمل بكين بعد ٢٥ عاماً (Progress Made Towards the Comprehensive National Review of the Implementation of the Beijing Declaration and Platform for Action+٢٥)"، التقرير الوطني الليبي، عام ٢٠١٩، صفحة ٢٧.

[٤٥٩] مكتب تنسيق الشؤون الإنسانيّة التابع للأمم المتحدة، "نظرة عامة على الاحتياجات الإنسانية لعام ٢٠١٩: الجمهورية العربية السورية (Humanitarian Needs Overview ٢٠١٩: Syrian Arab Republic)"، عام ٢٠١٩، صفحة ٨٣.

[٤٦٠] منظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسف، "تحقيق الأهداف المتعلقة بالأطفال بإنصاف في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (Progress for Children with Equity in the Middle East and North Africa)"، عام ٢٠١٧.

[٤٦١] ذكرى محمد جابر علوش وآخرون، National Review of the Implementation of Beijing Declaration and Platform for Action ٢٥+، جمهورية العراق، عام ٢٠١٩، صفحتا ٢١ و٥٥.

[٤٦٢] وزارة التضامن والتنمية الاجتماعية والمساواة والأسرة، "تقرير التقدم المحرز في تنفيذ إعلان ومنهاج عمل بكين بعد ٢٥ عاماً، المملكة المغربية (National review of the implementation of the Beijing Declaration and Platform for Action, after ٢٥ years)"، عام ٢٠١٩، صفحة ٣٠.

[٤٦٣] اللجنة الوطنية الأردنية لشؤون المرأة، "المراجعة الوطنية الشاملة للتقدم المحرز في تنفيذ إعلان ومنهاج عمل بكين بعد ٢٥ عاماً (Comprehensive National Review of the Progress in the Implementation of the Beijing Declaration and Platform for Action On ٢٥ Years)"، المملكة الأردنية الهاشمية، عام ٢٠١٩، صفحة ٣٦.